

# Einverständniserklärung/ Schweigepflichtsentbindung

Aktenzeichen - 8-stellig mit führenden Nullen

Kommunaler Versorgungsverband Sachsen-Anhalt  
Beihilfeumlagekasse  
Carl-Miller-Str. 7  
39112 Magdeburg

Name, Vorname

Geburtsdatum

Telefonnummer dienstlich/privat (freiwillig)

E-Mailadresse dienstlich/privat (freiwillig)

Antragsformulare unter: [www.kvsa-magdeburg.de](http://www.kvsa-magdeburg.de)

## 1. Einverständniserklärung der zu behandelnden Person (bei Minderjährigen der/des Erziehungsberechtigten)

- Ich bin damit einverstanden, dass der Kommunale Versorgungsverband Sachsen-Anhalt (KVSA) amtsärztliche Zeugnisse/medizinische Gutachten bzw. Stellungnahmen einholt, um die beihilferechtliche Notwendigkeit und/oder Angemessenheit für nachstehende Aufwendungen (z. B. Rehabilitationsmaßnahme, Psychotherapie, zahnärztliche Behandlung, ärztliche Behandlung) festzustellen:

Das Einverständnis beinhaltet auch die Beteiligung weiterer medizinischer (Fach-) Gutachter durch den Amtsarzt oder den KVSA bzw. die Weiterleitung der medizinischen Unterlagen an diese.

## 2. Schweigepflichtsentbindung

Mit meiner Unterschrift zu dieser Schweigepflichtsentbindung entbinde ich alle Ärzte, Zahnärzte, Angehörige anderer Heilberufe, Gutachter sowie Angehörige von Krankenhäusern, Versicherungsträgern aller Art und Behörden, die mich innerhalb der letzten zehn Jahre untersucht, behandelt, beraten oder Beihilfe festgesetzt haben, von seiner/ihrer Schweigepflicht.

Ferner willige ich ein, dass alle

- ärztlichen Dokumentationen, Untersuchungsbefunde, Bildmaterialien oder Gutachten,
- Akten von Behörden sowie von privaten oder öffentlichen Versicherungsträgern, die ärztliche Gutachten, Befunde oder Beurteilungen über mich enthalten könnten und
- Arzt- oder Krankenhausberichte, über meine abgeschlossene oder noch andauernde Behandlung sowie der Befund herausgegeben und in meiner Beihilfeangelegenheit verwertet werden dürfen.

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann. Mir ist bekannt, dass im Falle meines Widerrufs die Bearbeitung meines Antrages nicht möglich ist.

X

Ort, Datum

X

Unterschrift der/des Beihilfeberechtigten

X

Unterschrift der/des Bevollmächtigten

X

Ort, Datum

X

Unterschrift der Patientin/des Patienten

## Hinweise zum Datenschutz

Zur Erfüllung der dem KVSA übertragenen Aufgaben werden personenbezogene Daten unter Einhaltung der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen verarbeitet. Informationen zum Datenschutz und Ihren damit verbundenen Rechten finden Sie auf der Internetseite <https://www.kvsa-magdeburg.de/datenschutz>. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Hinweise auch gern per Post zu.