



**Gundekarstr. 3, 85072 Eichstätt - Tel. 08421/70-2500, FAX: 08421/70-2505**

Familienname	Geborene	Vorname
Geburtsdatum	Geburtsort	Beruf
Straße, Hausnummer	PLZ, Wohnort, Ortsteil	ausgewiesen durch
Telefonisch erreichbar unter		

Untersuchungsanlass
---------------------

Bei welchen Ärzten, Krankenhäusern, Untersuchungsstellen wurden Sie in den letzten Jahren untersucht oder behandelt (Name, Anschrift, in welchem Jahr?)


### **Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht**

Ich habe dem untersuchenden Arzt alles mitgeteilt, was für die Beurteilung meines Gesundheitszustandes von Bedeutung sein könnte.

Ich erkläre mich damit einverstanden,

dass das Gesundheitszeugnis an die für die dienstrechtlichen Entscheidungen zuständige Behörde und die für das Ergebnis dieses Zeugnisses maßgebende Beurteilungsgrundlage innerhalb des zuständigen ärztlichen Dienstes (Ärzte der Gesundheitsämter, der Regierungen, des Bayerischen Staatsministeriums für Umwelt und Gesundheit) weitergegeben werden.

dass den Ärzten des Landratsamtes Eichstätt – Gesundheitsamt – die benötigten ärztlichen Befunde und Unterlagen zur Verfügung gestellt werden und entsprechende Auskünfte erteilt werden. Ich stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen im Rahmen der Begutachtung zu und entbinde die o.g. Ärzte bzw. die Ärzte der Krankenhäuser von ihrer Schweigepflicht.

**Ich habe die Datenschutzhinweise zum Antrag gelesen und zur Kenntnis genommen.**

Eichstätt, den \_\_\_\_\_