

Erklärung

zur Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Name	Vorname	Geburtsdatum	Dienststelle
------	---------	--------------	--------------

Um meine dienstvorgesetzte Stelle (Direktion ZA) über Art und Umfang der Begutachtung meiner Polizeidienstfähigkeit gemäß § 115 Abs. 1 LBG NRW, gegebenenfalls nachfolgend um Überprüfung der allgemeinen Dienstfähigkeit gemäß § 26 BeamtStG, durch die/den beauftragte/n Polizeiamtsärztin bzw. -arzt beraten lassen zu können,

☐ entbinde ich

☐ entbinde ich nicht

die/ den unten genannte/n meine Arbeitsunfähigkeit bescheinigende/n Ärztin/Arzt von der Schweigepflicht:

(Titel) Name, Vorname	Adresse/ Dienststelle	Fachrichtung

Mit der Übersendung der der Arbeitsunfähigkeit zugrundeliegenden Befunde und Dokumentationen an die/den mit der Begutachtung beauftragte/n Polizeiamtsärztin bzw. -arzt erkläre ich mich einverstanden. Die Dokumentationen und Befunde der/des von der Schweigepflicht entbundenen Ärztin/Arztes werden nicht an die dienstvorgesetzte Stelle (Direktion ZA) weitergegeben. Die Unterlagen werden nur von der/dem mit der Begutachtung beauftragten Polizeiamtsärztin bzw. -arzt ausgewertet. Auf der Grundlage dieser Auswertung erfolgt lediglich eine Empfehlung der/des Polizeiamtsärztin bzw. -arztes an die dienstvorgesetzte Stelle über Art und Umfang der vorzunehmenden medizinischen Begutachtung. Die dienstvorgesetzte Stelle bestimmt auf Grundlage dieser Empfehlung Art und Umfang der vorzunehmenden medizinischen Begutachtung und teilt mir diese in gesondertem Schreiben mit.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift