

Erklärung

zur Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

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

Im Rahmen der Begutachtung meiner Polizeidienstfähigkeit sowie meiner allgemeinen Dienstfähigkeit aufgrund der Anordnung vom _____ wurde ich durch die mit der Begutachtung beauftragte Polizeiamtsärztin/ den mit der Begutachtung beauftragten Polizeiamtsarzt mündlich darüber aufgeklärt, dass zur Bewertung meiner für die Feststellung meiner Polizeidienstfähigkeit sowie meiner allgemeinen Dienstfähigkeit relevanten Erkrankungen

☐	ja	☐	nein	die Einsichtnahme in Dokumentationen und Befunde Dritter erforderlich ist.
☐	ja	☐	nein	die Einholung eines Fachgutachtens _____ erforderlich ist. konkrete Benennung

☐ Zutreffendes bitte ankreuzen!

Zu diesem Zweck entbinde ich die im Folgenden aufgelisteten Ärztinnen/ Ärzte und Therapeutinnen/ Therapeuten sowie Polizeiärztinnen/ Polizeiärzte von der Schweigepflicht und erlaube die Übersendung von angeforderten Dokumentationen und Befunden an die mit der Begutachtung beauftragte Polizeiamtsärztin/ den mit der Begutachtung beauftragten Polizeiamtsarzt:

Nr.	(Titel) Name, Vorname	Adresse/ Dienststelle	Fachrichtung

Außerdem bin ich damit einverstanden, dass folgende Unterlagen an die mit der Begutachtung beauftragte Polizeiamtsärztin/ den mit der Begutachtung beauftragten Polizeiamtsarzt zur Einsichtnahme übersandt werden:

☐	ja	☐	nein	Kurative Krankenakte	(blau*)
☐	ja	☐	nein	Arbeitsmedizinische Krankenakte	(grün*)
☐	ja	☐	nein	Genehmigungs-Krankenakte	(gelb*)

*) entsprechend Erl. MIK vom 31.01.2012 - 403.63.22.06 --

☐ Zutreffendes bitte ankreuzen!

Im Falle der Erforderlichkeit eines Fachgutachtens:

Die Erlaubnis zur Übersendung von angeforderten Dokumentationen und Befunden sowie meiner mit „ja“ vermerkten polizeiärztlichen Krankenakten zum Zwecke der Einsichtnahme erstreckt sich auch auf die Weiterleitung dieser Unterlagen an die beauftragten Fachgutachterinnen/ Fachgutachter.

Mir ist bekannt, dass diese Entbindung von der Schweigepflicht zur Begutachtung meiner Polizeidienstfähigkeit und meiner allgemeinen Dienstfähigkeit erforderlich ist und ich diese Erklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift