

# Entbindung von der Schweigepflicht

Name (ggf. Geburtsname), Vorname bzw. Vornamen	Dienstgrad	Personenkennziffer/ Geburtsdatum	Personalnummer
Wohnanschrift		ggf. Telefonnummer für Rückfragen	
Dienststelle			

## Hiermit entbinde ich für die Zeit der Bearbeitung

- die Ärztinnen und Ärzte der Personalgewinnungsorganisation der Bundeswehr
- die Truppenärztin/Truppenzahnärztin bzw. den Truppenarzt/Truppenzahnarzt
- die Ärztinnen und Ärzte des Instituts für Wehrmedizinalstatistik und Berichtswesen der Bundeswehr
- die Krankenhausärztinnen/Krankenhausärzte im (Name, Abteilung und Ort des Krankenhauses)

\_\_\_\_\_

- die Ärztin/den Arzt (Name, PLZ, Ort)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## zur Klärung

- meiner Dienstfähigkeit
- meiner Verwendungsfähigkeit
- meiner gesundheitlichen Eignung
- meines Widerspruchs vom \_\_\_\_\_
- meiner Klage vom \_\_\_\_\_
- meiner Eingabe/Beschwerde vom \_\_\_\_\_
- meiner Erkrankung vom \_\_\_\_\_
- meines Dienstunfalls vom \_\_\_\_\_
- meiner Wehrdienstbeschädigung

\_\_\_\_\_

## gegenüber

- den Ärztinnen und Ärzten der Personalgewinnungsorganisation der Bundeswehr
- den Ärztinnen und Ärzten des Personal- und Vertrauensärztlichen Dienstes
- der Truppenärztin/Truppenzahnärztin bzw. dem Truppenarzt/Truppenzahnarzt
- der Betriebsärztin/dem Betriebsarzt

\_\_\_\_\_

## von der Schweigepflicht.

Ich bin damit einverstanden, dass **diesbezügliche** Unterlagen zur Einsichtnahme und Auswertung überlassen/übersandt werden.

Es handelt sich dabei um Aufzeichnungen, Begutachtungs- und/oder Behandlungsunterlagen aus Musterung, (militär-) ärztlichen Tauglichkeits-, Verwendungsfähigkeits- und Dienstfähigkeitsuntersuchungen sowie von nichtärztlichen und ärztlichen Behandlungsmaßnahmen in zivilen und militärischen Einrichtungen.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann und dass diese automatisch mit Abschluss des Verfahrens erlischt.

Bemerkungen/Hinweise

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

eigenhändige Unterschrift (ggf. Unterschrift gesetzliche Vertreterin/gesetzlicher Vertreter)