

## Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Betr.: Amtsärztliches Gutachten

Hiermit entbinde ich die zuständige Amtsärztin/ den zuständigen Amtsarzt des Gesundheitsamtes

\_\_\_\_\_ von der ärztlichen Schweigepflicht.  
(Ort/Kreis)

Außerdem erkläre ich mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die mit einem möglichen Eintritt vorzeitiger Dienstunfähigkeit in Zusammenhang stehen.

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

\_\_\_\_\_  
(Ort)

\_\_\_\_\_  
(Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)