

Name, Vorname	
Straße	
Ort	
Personalnummer	

Einverständniserklärung

zur Rechnung vom
über Euro

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Beihilfefestsetzungsstelle den/die o. g. Rechnungsbeleg/e mit den notwendigen persönlichen Daten an das zuständige Gesundheitsamt zur Überprüfung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen weiterleitet.

Diese Erklärung ist gemäß der Verwaltungsverordnung 5.4 zu § 3 BVO erforderlich, wenn persönliche Daten weitergegeben werden müssen. Wird diese Erklärung verweigert, ist die Beihilfe unter Berücksichtigung der Zweifel der Festsetzungsstelle festzusetzen.

Weiterhin entbinde ich meinen Arzt/Zahnarzt bzw. meine Ärztin/Zahnärztin von seiner/ihrer Schweigepflicht gegenüber der Beihilfestelle bzw. einem/r von der Beihilfestelle zur Stellungnahme gebetenen Gutachter bzw. Gutachterin/(Zahn)Ärzttekammer.

Datum, Unterschrift

Hinweis:

Möglicherweise müssen Sie mit einer Rückfrage oder einer Untersuchung durch das Gesundheitsamt rechnen.

zurück an:

Märkischer Kreis
Beihilfestelle
Postfach

58505 Lüdenscheid