



Einwilligung und Schweigepflichtentbindung

Name, Geburtsname, Vorname			
geboren am	in		
wohnhaf in (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)			
<input type="checkbox"/> amtsbekannt	ausgewiesen durch	<input type="checkbox"/> Reisepass	<input type="checkbox"/> Personalausweis
Begutachtendes Gesundheitsamt	Gesundheitszeugnis vom:		
Begutachtende Regierung			

Hiermit willige ich, _____, geb. am _____, wh. _____

ausdrücklich ein, dass dem Gesundheitsamt Roth alle ärztlichen Befunde und Unterlagen, die zu dem Zweck der ärztlichen Begutachtung hinsichtlich

_____ (Angabe von Organen, Körperfunktionen, Symptomen oder Befunden aus der eigenen Anamnese/Untersuchung)

erforderlich sind, zur Verfügung gestellt sowie entsprechende Auskünfte erteilt werden.

Zu diesem Zweck entbinde ich die folgenden Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte bzw. Angehörigen anderer Heilberufe, die mich untersucht, beraten oder behandelt haben, von ihrer Schweigepflicht:

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung zur Einwilligung und Schweigepflichtentbindung verweigern kann. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich oder elektronisch gegenüber dem Gesundheitsamt Roth mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Durch den Widerruf der Erklärung zur Einwilligung und Schweigepflichtsentbindung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung nicht berührt. Sollte ich diese Erklärung verweigern oder widerrufen kann dies zur Folge haben, dass seitens des Gesundheitsamtes Roth kein abschließendes Gesundheitszeugnis ausgestellt werden kann.

Ort, Datum

Unterschrift

Datenschutz

Die Datenschutz-Informationen nach Art. 13 Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) stellen wir bei <https://www.landratsamt-roth.de/datenschutz> als PDF-Dokument zur Verfügung.