

Urschriftlich zurück an

Kommunaler Versorgungsverband Sachsen-Anhalt
Beamtenversorgung
Carl-Miller-Str. 7
39112 Magdeburg

Schweigepflichtsentbindung

1. Angaben zur verletzten Person

Name, Vorname

____. _____. _____

Geburtsdatum

Amts-/Dienstbezeichnung

Dienstherr/Arbeitgeber

2. Erklärung

Ich bin damit einverstanden, dass mein Dienstherr und der Kommunale Versorgungsverband Sachsen-Anhalt, Carl-Miller-Str. 7, 39112 Magdeburg, bei den Ärzten, Krankenanstalten, Behörden und Trägern der Sozialversicherung, die ich genannt habe oder die aus den von mir eingereichten Unterlagen ersichtlich sind, die für die Feststellung der Unfallfürsorgeleistungen erforderlichen Untersuchungsunterlagen (z. B. Untersuchungsbefunde, Krankengeschichten, Röntgenbefunde) heranzieht und Auskünfte einholt. Ich entbinde die beteiligten Ärzte von der Schweigepflicht.

X

Ort, Datum

X

Unterschrift der Beamtin/des Beamten bzw. der/des DO-Angestellten