

## Einwilligung

Name, Geburtsname, Vorname		
geboren am	in	Beruf
wohnhaft in (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)		
<input type="checkbox"/> amtsbekannt	ausgewiesen durch	<input type="checkbox"/> Reisepass/Personalausweis
Wurde begutachtet zwecks: <ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> Übernahme in das Beamtenverhältnis auf Widerruf/Probe/Zeit/Lebenszeit</li><li><input type="radio"/> Dienstunfall vom _____</li><li><input type="radio"/> Überprüfung der Dienstfähigkeit</li><li><input type="radio"/> Beihilfegutachten</li><li><input type="radio"/> Sonstiges: _____</li></ul>		

Hiermit willige ich, \_\_\_\_\_, ausdrücklich ein,

dass das Gesundheitsamt der Stadt Augsburg das zu obigem Zweck erstellte Gesundheitszeugnis/Gutachten für die dienst-/verwaltungs-/beihilferechtliche Entscheidung an die für diese Entscheidung zuständige Stelle weiterleitet. Das Gesundheitszeugnis darf hierbei nur die erforderlichen medizinischen Daten für die dienst-/verwaltungs-/beihilferechtliche Entscheidung enthalten.

dass die dem Gesundheitsamt überlassenen Unterlagen und die eigenen Unterlagen des Gesundheitsamtes zur Einholung ergänzender Stellungnahmen/Fachgutachten an:

\_\_\_\_\_ übermittelt werden, soweit dies nach Auffassung des Gesundheitsamtes zur sachgerechten Bearbeitung erforderlich ist

Hiermit entbinde ich die mich behandelnden Ärzte, namentlich Praxis/Dr.:

\_\_\_\_\_ von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber den Ärzten des Gesundheitsamtes der Stadt Augsburg, soweit dies nach Auffassung des Gesundheitsamtes zur sachgerechten Bearbeitung erforderlich ist.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise, schriftlich oder elektronisch gegenüber dem Gesundheitsamt der Stadt Augsburg mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.