Schweigepflichtentbindung – Arztbesuch – Angabe der Symptome bei Erkrankung zur Klärung der Rechtsfrage, ob Prüfungsunfähigkeit am Prüfungstag vorliegt

Name, Vorname _____

Adresse (Straße, Hausnummer) _____

PLZ, Ort _____

Telefonnummer _____

E-Mail-Adresse _____

Geburtsdatum: _____

Name des Arztes _____

Praxisname _____

Adresse (Straße und Hausnummer) _____

PLZ, Ort _____

Datum: _____(tagesaktuell)

Betreff: Schweigepflichtentbindung

Sehr geehrte/r Frau/Herr _____,

hiermit entbinde ich Sie von der Ihnen obliegenden Schweigepflicht und erlaube Ihnen,

die Symptome/Beschwerden meiner derzeitigen Erkrankung zum Zwecke der rechtlichen Feststellung, ob Prüfungsunfähigkeit am (Datum der Prüfung/en) _____ vorliegt/vorlag, an das Prüfungsamt am Fachbereich Sozialversicherung der Hochschule des Bundes für öffentliche Verwaltung, Rohrdamm 22, 13629 Berlin weiterzugeben.

Diese Entbindung gilt ausschließlich für den Zeitraum meiner Behandlung vom (Startdatum) _____ bis (Enddatum) _____.

Ich bin mir bewusst, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

Ort, Datum: _____

_____

(Unterschrift: Name, Vorname)