



Ärzteversorgung Thüringen

Einrichtung der Landesärztekammer Thüringen KdöR

Bestand/Rente

Tel.: 03641 614 - 0

Fax: 03641 614 - 258

E-Mail: [service@aev-thueringen.de](mailto:service@aev-thueringen.de)

## Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

Name:

---

Geb.-Datum:

---

Versorgungs-Nr.:

---

Ich entbinde hiermit alle Ärzte, die mich bisher behandelt haben sowie sonstige Stellen, die über meinen Gesundheitszustand Auskunft geben können, der Ärzteversorgung Thüringen gegenüber von der ihnen obliegenden Schweigepflicht, soweit es für die Beurteilung meiner Berufsunfähigkeit bzw. für die Beurteilung von Rehabilitationsmaßnahmen erforderlich ist.

Gemäß § 14 Abs. 1 der Satzung der Ärzteversorgung Thüringen sind die Mitglieder verpflichtet, sich nach Weisung des Verwaltungsausschusses einer ärztlichen Begutachtung zu unterziehen. Ich erlaube daher der Ärzteversorgung Thüringen ausdrücklich, den im Auftrag der Ärzteversorgung Thüringen für die Beurteilung meiner Berufsunfähigkeit bzw. von Rehabilitationsmaßnahmen tätig werdenden Gutachtern alle erforderlichen Unterlagen zur Verfügung zu stellen.

Folgende Ärzte haben mich in den letzten Jahren behandelt bzw. begutachtet:

---

---

---

---

---

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

**Hinweis:**

Eine Bearbeitung Ihres Antrages kann ohne eine ausgefüllte und unterschriebene Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht nicht erfolgen!