



Gesundheitsamt der Kreisverwaltung Rhein-Pfalz-Kreis

Aktenzeichen:

Name, Vorname	Geburtsdatum
Anschrift	

Über den Zweck der ärztlichen Untersuchung im oben genannten Gesundheitsamt wurde ich unterrichtet. Ich habe alle Umstände mitgeteilt, die für die Beurteilung meines Gesundheitszustandes von Bedeutung sein können.

Ich bin damit einverstanden, dass der Auftrag gebenden Stelle die im Rahmen des Untersuchungsauftrages erforderlichen Daten (z.B. Untersuchungsergebnis / Grad der Behinderung / ärztliches Gutachten) übermittelt werden.

.....
Datum, Unterschrift

Bei Minderjährigen bis zum 18. Lebensjahr Sorgeberechtigte(r)

.....
Name, Vorname

.....
Datum, Unterschrift

HINWEIS:

Wenn das Einverständnis zur Datenübermittlung nicht erteilt wird, wird das Gesundheitsamt die Auftrag gebende Stelle hierüber informieren.