

// ENTBINDUNG SCHWEIGEFLICHT

Kommunale Versorgungskassen
Westfalen-Lippe
Beamtenversorgung/ Unfallfürsorge
Postfach 4806
48027 Münster

Kassenmitglied
Aktenzeichen der kvw-Beamtenversorgung
Unfallereignis vom

Name, Vorname der/ des Verletzten	Unfallereignis vom
-----------------------------------	--------------------

Entbindung von der Schweigepflicht

Ich bin damit einverstanden, dass die kvw-Beamtenversorgung notwendige Nachforderungen oder Klärungen vornimmt, die für die Bearbeitung des Unfallereignisses unverzichtbar sind (z. B. fehlende Belege, Rückfragen beim behandelnden Arzt oder der Krankenkasse/ Versicherung). Insbesondere entbinde ich meine behandelnden Ärzte gegenüber der kvw-Beamtenversorgung von der ärztlichen Schweigepflicht.

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------