

// ENTBINDUNG SCHWEIGEPFLICHT

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
------------	--------------

Hinweise zum Datenschutz

Zur Erfüllung der den kvw übertragenen Aufgaben werden personenbezogene Daten unter Einhaltung der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen verarbeitet.

Informationen zum Datenschutz und Ihren damit verbundenen Rechten entnehmen Sie bitte der folgenden Internetseite unter <https://www.kvw-muenster.de/datenschutz-hinweise>.

Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Hinweise auch gerne per Post zu.