

**Postbeamtenkrankenkasse
70467 Stuttgart**

Einwilligungserklärung zur Übermittlung personenbezogener Daten an eine begutachtende Person

Leistungen der Beihilfe des Bundes erhalte ich nur, wenn nach Maßgabe der Bundesbeihilfeverordnung eine medizinische Notwendigkeit für eine Rehabilitationsmaßnahme wegen Krankheit vorliegt (§ 36 BBhV). Zu diesem Zweck beauftragt die PBeaKK die Firma IMB Consult GmbH, Gesellschaft für medizinische Gutachten (kurz IMB) mit Sitz in Bochum, mit der Erstellung eines Gutachtens. IMB ist ihrerseits berechtigt, die Begutachtung dem Zentrum für medizinische Begutachtungen (ZMB) bzw. einem in der Nähe meines Wohnsitzes ansässigen Arztes zu übertragen. Mit deutlichem Kennzeichnen (Ankreuzen) erkläre ich nachfolgend:

Die mich behandelnde ärztliche Person erhält die von mir ausgefüllte Schweigepflichts-entbindung. Ich ermächtige ihn mit der Übermittlung medizinischer Daten in Form der ärztlichen Verordnung vom _____ an die PBeaKK. Die PBeaKK ihrerseits gibt die Begutachtung damit an IMB in Auftrag. Wird eine körperliche Begutachtung notwendig, so wird ZMB mit dieser beauftragt. Mit dieser Verfahrensweise bin ich einverstanden.

Die mich behandelnde ärztliche Person händigt mir selbst die notwendigen Daten aus. Ich selbst werde die Daten in Form der ärztlichen Verordnung vom _____ an die PBeaKK weiterleiten, damit diese IMB mit der Begutachtung beauftragen kann. Wird eine körperliche Begutachtung notwendig, so wird ZMB von IMB mit dieser beauftragt. Mit dieser Verfahrensweise bin ich einverstanden.

Datenschutzhinweis: Nach Erhalt meiner Daten sind IMB und ZMB berechtigt, meine Daten zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen, soweit dies für eine ordnungsgemäße Begutachtung erforderlich ist. Mir ist bekannt, dass die im Zusammenhang mit meiner Begutachtung erhobenen Daten von IMB und ZMB nach den Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes verarbeitet werden. Eine Löschung/Vernichtung meiner Daten erfolgt spätestens sechs Monate nach Erstellung des Gutachtens.

Mit der Weitergabe der für eine Begutachtung erforderlichen Daten in Form der ärztlichen Verordnung vom _____ an IMB und ZMB bin ich nicht einverstanden. Eine Weiterbearbeitung meines Antrages kann in diesem Fall nicht erfolgen.

Diese Erklärung gilt nur für den konkret benannten, vorliegenden Einzelfall und ist nicht allgemeingültig.

Ort, Datum

Unterschrift

Beihilfenummer

Name, Vorname der beihilfeberechtigten Person

L 184



**Postbeamtenkrankenkasse
70467 Stuttgart**

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Die PBeaKK muss als Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit der von mir beantragten Rehabilitationsmaßnahme entsprechend der Vorgaben des § 36 Bundesbeihilfeverordnung prüfen.

Aufgrund meiner von mir beantragten Leistungen zur Rehabilitation erkläre ich durch deutliches Kennzeichnen (Ankreuzen):

Hiermit entbinde ich die mich behandelnde ärztliche Person

von der ärztlichen Schweigepflicht. Sie / Er darf die für die Prüfung der Erstattungs- bzw. Beihilfefähigkeit einer Rehabilitationsmaßnahme erforderlichen Unterlagen direkt an die Postbeamtenkrankenkasse – Beihilfedienste – 70636 Stuttgart, schicken. Mit meiner Unterschrift zu dieser Schweigepflichtentbindung willige ich ausdrücklich ein, dass für eine notwendige Begutachtung im Zusammenhang mit der Prüfung der Beihilfefähigkeit einer Rehabilitationsmaßnahme erforderlichen Daten in Form der ärztlichen Verordnung vom _____ von der mich ärztlich behandelnden Person an die PBeaKK weitergegeben werden und die PBeaKK die Gesellschaft für medizinische Gutachten (kurz IMB) mit der Begutachtung beauftragt.

Ort, Datum

Unterschrift