

E-Mail: gesundheitsamt-verwaltung@landratsamt-paf.de

## Antrag / Fragebogen Kur- / Rehabilitationsmaßnahmen (Beihilfe)

### Antragsteller\*in

Nachname		Vorname	
Geburtsdatum	Geburtsort / Geburtsland		Staatsangehörigkeit
Wohnort: Straße, Hausnummer		Wohnort: PLZ, Ort	
Telefon (dienstlich)	Telefon (privat)	E-Mail	
Beihilfestelle			
Zuletzt durchgeführte Kur- bzw. Rehabilitationsmaßnahme:			
Wann:		Wo:	
Dabei maßgebende Diagnose(n):			
Ich bin:			
<input type="checkbox"/> aktive Beamtin*/aktiver Beamter*		Beschäftigt in: <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit	
Dienststelle:		Dienstbezeichnung:	
derzeit krankgeschrieben: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit:			
<input type="checkbox"/> Beamtin*/Beamter* im Ruhestand		Arbeitsplatzwechsel: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
<input type="checkbox"/> beihilfeberechtigte*r Angehörige*r			
berufliche Tätigkeit: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit:		Welche:	
Schwerbehinderung: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit:		GdB:	
Merkmale:		Pflegestufe:	
Begleitperson erforderlich: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, Begründung:			
Sind Verbesserungen der aktuellen Situation durch folgende Maßnahmen erreichbar?			
- ambulante Maßnahmen am Wohnort		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
- ambulante Maßnahmen an einem Kurort		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
- stationäre Rehabilitationsmaßnahmen / Sanatoriumsbehandlung		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Copyright: LRA Pfaffenhofen a.d. Ilm - FID4510-PV1-110723

Ort, Datum

Unterschrift

**- GESUNDHEITSAMT -**

Krankenhausstraße 70, 85276 Pfaffenhofen a.d. Ilm  
Tel.: 08441/27-1400, Fax: 08441/27-1420  
E-Mail: gesundheitsamt-verwaltung@landratsamt-paf.de

## Einwilligungserklärung und Schweigepflichtentbindung

### Anlass: Amtsärztliche Untersuchung

Name	Vorname	Geburtsdatum
Anschrift		

Hiermit willige ich ein, dass dem Gesundheitsamt Pfaffenhofen ärztliche Befunde und Unterlagen, die zu dem Zweck der ärztlichen Begutachtung erforderlich sind, zur Verfügung gestellt werden, wichtige Informationen zur Gesundheit austauscht und entsprechende Auskünfte erteilt werden.

Somit stimme ich einer wechselseitigen Entbindung von der Schweigepflicht zwischen dem Gesundheitsamt Pfaffenhofen und den behandelnden Ärztinnen und Ärzten bzw. Krankenhäusern (ggf. auch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten) wie auch den anderen unten genannten Personen / Institutionen zu.

*(Für jeden Arzt/Ärztin/Institution ist eine gesonderte Schweigepflichtentbindung notwendig)*

--

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung zur Einwilligung und Schweigepflichtentbindung verweigern kann.  
Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich oder elektronisch gegenüber dem Gesundheitsamt Pfaffenhofen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Durch den Widerruf der Erklärung zur Einwilligung und Schweigepflichtentbindung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung nicht berührt. Sollte ich diese Erklärung verweigern oder widerrufen kann dies zur Folge haben, dass seitens des Gesundheitsamtes Pfaffenhofen keine ausreichende Beurteilung erfolgen kann.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift