
(Name, Vorname)

Ausfertigung für die ärztliche Eignungsuntersuchung des AMZ

Einverständniserklärung / Erklärung

Ich entbinde hiermit die mich untersuchenden Ärzte des Arbeitsmedizinischen Zentrums der Charité – AMZ – gegenüber der Präsidentin des Kammergerichts – Justizakademie Berlin – von ihrer oder seiner ärztlichen Schweigepflicht hinsichtlich des Untersuchungsergebnisses und ihrer oder seiner Begründung.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass Auskunft über meine Erkrankungen gegeben wird, soweit dies für die Entscheidung über meine Zulassung erforderlich ist. Zur Feststellung meiner Eignung bin ich mit der Beschaffung von Unterlagen und Nachfragen über meinen bisherigen und derzeitigen Gesundheitszustand durch die Ärztin oder den Arzt bei allen mich früher und ggf. jetzt behandelnden Ärztinnen oder Ärzten und Krankenanstalten, Behörden und Krankenkassen einverstanden, die ich hiermit von ihrer Schweigepflicht entbinde.

Ich bin darüber unterrichtet, dass das Verheimlichen früher durchgemachter Krankheiten oder noch bestehender Leiden und Beschwerden die Entlassung aus dem Beamtenverhältnis nach sich ziehen kann.

_____, den _____
(Ort) (Datum) _____

(Unterschrift)