

Kommunale Versorgungskassen  
Westfalen-Lippe  
kvw-Beamtenversorgung  
Postfach 4806  
48027 Münster

## Entbindung Schweigepflicht

Kassenmitglied

Aktenzeichen der kvw-Beamtenversorgung

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname der:des Verletzten

\_\_\_\_\_  
Unfallereignis vom

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 bei der:beim behandelnden Ärztin:Arzt oder der Krankenkasse/Versicherung). Insbesondere entbinde ich meine behandelnden Ärztinnen:Ärzte gegenüber der kvw-Beamtenversorgung von der ärztlichen Schweigepflicht.

### 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.

Datum, Unterschrift

\_\_\_\_\_