



Schweigepflichtentbindung

Ich bin damit einverstanden, dass die zuständigen Sachbearbeiter/-innen der Personalgewinnung sowie der Polizeiärztliche Dienst des BKA von allen mit meiner Bewerbung um die Einstellung in den gehobenen kriminalpolizeilichen Vollzugsdienst des Bundes im BKA zusammenhängenden ärztlichen Befunden Kenntnis nehmen.

Weiterhin erkläre ich mein Einverständnis, dass ebenso von Seiten des Polizeiärztlichen Dienstes Hessen und des BKA meine medizinischen Befunde und Diagnosen den zuständigen Sachbearbeiter/-innen der Personalgewinnung des BKA mitgeteilt werden dürfen.

Insoweit entbinde ich von der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich weiß, dass ich die Einwilligung verweigern und sie nach Erteilung jederzeit für die Zukunft widerrufen kann. Mir ist bekannt, dass die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenerhebung bzw. -verarbeitung nicht vom Widerruf berührt wird.

Ort, Datum

Name, Vorname

Unterschrift

Name, Vorname gesetzliche/r Vertreter/in

Unterschrift gesetzliche/r Vertreter/in

Unterschrift der Bewerberin/des Bewerbers (bei minderjährigen Bewerberinnen oder Bewerbern zusätzlich Name, Vorname und Unterschrift der gesetzlichen Vertreterin oder des gesetzlichen Vertreters).