

Pseudonymisierungscode

### **Vertrauliche Beihilfeangelegenheit**

Bitte senden Sie das gesamte Formular postalisch an:

Bundesanstalt für Verwaltungsdienstleistungen  
PFB/Beihilfestelle  
Postfach  
48135 Münster

### **Schweigepflichtentbindung**

Ich ermächtige Frau/Herrn

der oder dem von der Festsetzungsstelle beauftragten Gutachterin oder beauftragten Gutachter Auskunft zu geben und entbinde sie oder ihn von der Schweigepflicht der Ärztin oder des Arztes oder der Psychotherapeutin oder des Psychotherapeuten (nachfolgend Therapeutinnen oder Therapeuten genannt). Ich bin damit einverstanden, dass die Gutachterin oder der Gutachter der Festsetzungsstelle mitteilt, ob und in welchem Umfang die Behandlung medizinisch notwendig ist.

Diese Erklärung gilt nur für den konkreten Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit einer Psychotherapie. Mir ist bekannt, dass ich die Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

Ort, Datum

.....  
Unterschrift der zu behandelnden Person oder der  
gesetzlichen Vertreterin oder des gesetzlichen Vertreters