

# Einwilligung

**Anlage 4**  
zu Nr. 2.4 GesZVV

|  |                   |                                    |  |
|--|-------------------|------------------------------------|--|
| Name, Geburtsname, Vorname                     |                   |                                    |  |
| geboren am                                     | in                | Beruf                              |  |
| wohnhaft in (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort) |                   |                                    |  |
| <input type="checkbox"/> amtsbekannt           | ausgewiesen durch | <input type="checkbox"/> Reisepass | <input type="checkbox"/> Personalausweis |
| wurde zwecks                                   | begutachtet.      |                                    |  |
| veranlasst von                                 | mit Schreiben vom | Nr.                                |  |
| Begutachtendes Gesundheitsamt Passau           |                   | Gesundheitszeugnis vom:            |  |

Hiermit willige ich, \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_,  
wh. \_\_\_\_\_ ausdrücklich ein, dass das Gesundheitsamt  
Passau das mich betreffende Gesundheitszeugnis vom \_\_\_\_\_ zu dem Zweck einer  
dienstrechtlichen Entscheidung über meine Übernahme in das Beamtenverhältnis an die für diese  
Entscheidung zuständige personalbewirtschaftende Stelle weiterleitet.

Das Gesundheitszeugnis darf hierbei nur die erforderlichen medizinischen Daten für die  
dienstrechtliche Entscheidung zur Übernahme in das Beamtenverhältnis enthalten.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich oder elektronisch  
gegenüber dem Gesundheitsamt Passau mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Fürstenzell,

Unterschrift