

**Anlage zum Antrag auf Ausstellung eines Berechtigungsausweises
zur Beförderung von Schwerstbehinderten durch den
Behinderten-Fahrdienst des Landkreises Marburg-Biedenkopf**

Sehr geehrte/r Antragsteller/in,

wir möchten Ihren Antrag schnell und unbürokratisch bearbeiten. Dabei können Sie uns helfen, indem Sie uns den Namen Ihres Arztes nennen und ihn mit der Unterschrift auf der unten stehenden Erklärung von seiner ärztlichen Schweigepflicht entbinden. Dadurch könnte ggf. auf eine zusätzliche Untersuchung durch den Fachbereich Gesundheit verzichtet werden.

SCHWEIGEPFLICHTSENTBINDUNG

Ich bin damit einverstanden, dass mein Arzt

den Ärztinnen und Ärzten des Fachbereichs Gesundheit des Landkreises Marburg-Biedenkopf Auskünfte über meinen Gesundheitszustand erteilt bzw. Befunde von Ärzten, Krankenhäusern oder Kliniken über meine Erkrankung übersendet, die für die amtsärztliche Stellungnahme zu meinem Antrag auf Aushändigung eines Berechtigungsausweises zur Beförderung durch den Behinderten-Fahrdienst von Bedeutung sind.

Ort, Datum

Unterschrift