

Erklärung

über den Ausschluss eines aktuellen oder früheren Behandlungsverhältnisses gegenüber der Einstellungs-/Ernennungsbehörde

Angaben zur Bewerberin / zum Bewerber:

Name, Vorname, Titel:

Geburtsdatum:

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl, Wohnort:

Hiermit versichere ich, dass ich mich weder bei der untersuchenden und das ärztliche Zeugnis ausstellenden Ärztin bzw. dem untersuchenden und das ärztliche Zeugnis ausstellenden Arzt noch bei einer Ärztin oder einem Arzt aus deren Berufsausübungsgemeinschaft zum Zeitpunkt der Untersuchung sowie einem Zeitraum von fünf Jahren davor in einem Behandlungsverhältnis befunden habe.

Des Weiteren versichere ich, dass weder die untersuchende Ärztin oder der untersuchende Arzt noch eine Ärztin oder ein Arzt aus deren Berufsausübungsgemeinschaft mit mir verwandt, verschwägert, verheiratet oder verpartnert ist.

Ort/Datum

Unterschrift Bewerberin/Bewerber