

## **Erklärung über den Ausschluss eines Behandlungsverhältnisses**

Angaben zur Bewerberin/zum Bewerber:

Name, Vorname, Titel: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Wohnort: \_\_\_\_\_

Hiermit erkläre ich, dass ich die ärztlichen Untersuchungen zur Verbeamtung auf Probe nicht von Ärztinnen/Ärzten durchführen lassen werde, bei denen die nachfolgenden Untersuchungsverbote bestehen.

Untersuchungsverbote bestehen,

- wenn die/der zu Untersuchende zum Zeitpunkt der Untersuchung sowie einem Zeitraum von fünf Jahren davor in einem Behandlungsverhältnis zu der untersuchenden und das ärztliche Zeugnis ausstellenden Ärztin bzw. dem untersuchenden und das ärztliche Zeugnis ausstellenden Arzt oder einer Ärztin oder einem Arzt aus deren Gemeinschaftspraxis gestanden hat

oder

- wenn die untersuchende Ärztin oder der untersuchende Arzt oder eine Ärztin/ein Arzt aus deren Gemeinschaftspraxis mit der/dem zu Untersuchenden verwandt, verschwägert, verheiratet oder verpartnert ist.

Die vorgenannten Untersuchungsverbote gelten auch für im Rahmen der ärztlichen Untersuchung ggf. notwendige weitere fachärztliche Untersuchungen.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Bewerberin/Bewerber