**Datenerhebung zur Ermöglichung des elektronischen Abrufverfahrens ärztlicher Atteste bei der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für dort krankenversicherte Beamtinnen und Beamte durch die zuständigen Personalstellen zum Nachweis der Dienstunfähigkeit   
gem. § 67 Bremisches Beamtengesetz (BremBG)**

Vorname, Name:

Personal-Nr. (siebenstellig):

|  |  |
| --- | --- |
|  | Hiermit erkläre ich mich mit dem elektronischen Abruf ärztlicher Atteste bei meiner Gesetzlichen Krankenversicherung und der dazu erforderlichen elektronischen Verarbeitung zum Nachweis der Dienstunfähigkeit gem. § 67 BremBG einverstanden und teile untenstehend die zu diesem Zweck erforderlichen Daten mit. |

Sozialversicherungs-Nr.:

Name der Krankenkasse:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Ort, Datum |  | Unterschrift |