

# Erklärung Entbindung von der Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich,

\_\_\_\_\_  
Vorname, Name

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnr.

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

alle mit der Behandlung befassten Personen (Zahnärzte, Ärzte und Praxispersonal) aus der Praxis:

\_\_\_\_\_  
Name der Zahnärztin bzw. des Zahnarztes oder der Praxis

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnr.

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

gegenüber der Zahnärztekammer Berlin, Körperschaft des Öffentlichen Rechts, Stallstr.1, 10585 Berlin von der gesetzlichen Schweigepflicht. Mit der Weitergabe von Behandlungsunterlagen bin ich einverstanden.

Die Entbindung von der Schweigepflicht bezieht sich auf die Behandlung von

- mir
- meinem Kind \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten/gesetzlichen Vertreters