

Erklärung Entbindung von der Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich,

Vorname, Name

Straße, Hausnr.

PLZ, Ort

alle mit der Behandlung befassten Personen (Ärzte, Zahnärzte), Behörden, Krankenkassen und sonstige Unternehmen 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