

Entbindung von der Pflicht zur Verschwiegenheit

Ich, _____
Vorname, Name *Geburtsdatum*

Anschrift

(bei nicht einwilligungsfähigen Patienten/Patientinnen der gesetzliche Vertreter)

bin damit einverstanden, dass der Zahnarzt/die Zahnärztin

Vorname, Name

Praxisanschrift

unter Entbindung seiner/ihrer zahnärztlichen Pflicht zur Verschwiegenheit gegenüber

1. _____

2. _____

3. _____

Bezeichnung der Personen/Institutionen denen ggü. die Entbindung von der Verschwiegenheitspflicht gilt

hinsichtlich

Bezeichnung des Sachverhalts/der Umstände/der konkreten Behandlung etc.

sämtliche angeforderten Auskünfte erteilt und Unterlagen hierzu übersendet.

Diese Erklärung über die Entbindung von der (zahn-)ärztlichen Pflicht zur Verschwiegenheit gilt über meinen Tod hinaus. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten/
der Patientin bzw. des gesetzlichen Vertreters

Hinweis:

Dies ist der unverbindliche Entwurf einer sog. Schweigepflichtentbindungserklärung.

Die Kassenzahnärztliche Vereinigung Berlin stellt diesen ohne jegliche rechtliche Gewähr kostenlos zur weiteren Anpassung und Verwendung zur Verfügung.

Link: www.kzv-berlin.de/fileadmin/user_upload/Formulare/Recht/Entbindungserklaerung_Schweigepflicht.pdf