

## 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. Schweigepflichtsentbindungserklärung.

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](http://www.kzv-berlin.de/fileadmin/user_upload/Formulare/Recht/Entbindungserklaerung_Schweigepflicht.pdf)