

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Patient / Minderjähriger:

Geburtsdatum:

Gesetzlicher Vertreter /
Zahlungspflichtiger:

Anschrift:

Hiermit entbinde ich die:

Zahnärztliche Gemeinschaftspraxis Dr. A.Dreßler, A. Strunz und T. Switek

von der ärztlichen Schweigepflicht, soweit dies im Zusammenhang mit der aktuellen zahnärztlichen Behandlung steht und Bitte um Herausgabe / Weiterleitung meiner angefertigten Röntgenaufzeichnungen an Dritte.

Insbesondere befreie ich meine Zahnärztin / meinen Zahnarzt von der ärztlichen Schweigepflicht, soweit dies im Zusammenhang mit der aktuellen zahnärztlichen Behandlung und dem sich daraus ergebenden Informationsbedarf der Erstattungsstelle erforderlich ist.

Soweit der Informationsbedarf der Erstattungsstelle eine Datenübermittlung im Sinne des § 3 Abs. 4 Nr. 3 des Bundesdatenschutzgesetzes bedingen sollte, erkläre ich mich mit dieser Datenübermittlung einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift Patient / Minderjähriger