

Dr. Anna Klocke
Praxis für Kieferorthopädie
Hochstraße 35 – 53879 Euskirchen

Einverständniserklärung zur Entbindung der Schweigepflicht

Hiermit willige ich ein, dass mein/e behandelnde/r Zahnärztin/Zahnarzt von der ärztlichen Schweigepflicht entbunden wird. Ich erkläre mich einverstanden, dass meine zahnärztlichen Behandlungsunterlagen weitergeleitet werden an:

- Die privat Zahnärztliche Abrechnungsgesellschaft
- Die Gutachterkommission
- Den weiterbehandelnden Zahnarzt
- Die Mitarbeiter und Zahnärzte dieser Praxisgemeinschaft
- Meine/n Hauszahnarzt/Hauszahnärztin
- Die gesetzliche Krankenkasse

Name, Vorname des Patienten:

Darüber hinaus ist mir bekannt, dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit mit sofortiger Wirkung widerrufen kann.

.....

Datum

.....

Unterschrift Patient/in bzw. Erziehungsberechtigte/r