

Schweigepflichtentbindungserklärung

Name des Patienten: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Hiermit entbinde ich,

Name des Patienten: _____,

den/die behandelnde/n / Zahnarzt/Zahnärztin / Praxis: **MVZ Dr. Fichna&Partner**

Name der Praxis / des Arztes: _____

Adresse: _____

von der ärztlichen Schweigepflicht gemäß § 203 StGB gegenüber:

Name der Institution / Person (z. B. Krankenkasse, Gutachter, Rechtsanwalt, Familienangehörige):

Grund / Zweck der Schweigepflichtentbindung:

(z. B. Einreichung von Befunden, Weitergabe von Diagnosen, Klärung von Versicherungsfragen)

Die Entbindung von der Schweigepflicht gilt für alle im Zusammenhang mit meiner Behandlung stehenden Informationen, Befunde und Diagnosen.

Diese Erklärung gilt: bis auf Widerruf

bis zum _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift Patient/in (oder gesetzliche/r Vertreter/in):