

Entbindungserklärung von der zahnärztlichen Schweigepflicht

Angelegenheit:

Aktenzeichen:

In vorbezeichneter Angelegenheit entbinde ich,

(Name) _____,
geboren am _____,
wohnhaft _____,

Herr / Frau Dr. med. dent. / Herrn Zahnarzt / Frau Zahnärztin _____,

Anschrift _____,

gegenüber der Begutachtungsstelle zur Beurteilung zahnärztlicher Behandlungsfehler bei der Zahnärztekammer Nordrhein, Am Hammerfelddamm 11, 41460 Neuss, von der zahnärztlichen Schweigepflicht.

Nur auszufüllen bei einer Erklärung durch gesetzliche Vertreter, Betreuer, etc.:

Behandlung betrifft den Patienten /die Patientin _____,
geboren am _____,
wohnhaft _____,

_____, den _____
(Ort) (Datum) (Unterschrift)