

Begutachtungsstelle zur Beurteilung
zahnärztlicher Behandlungsfehler
bei der Zahnärztekammer Nordrhein

Erklärung zur Entbindung von der zahnärztlichen Schweigepflicht

| |
|---|
| Aktenzeichen der Begutachtungsstelle (falls bekannt): BS – |
|---|

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, Emanuel-Leutze-Straße 8, 40547 Düsseldorf, von der zahnärztlichen Schweigepflicht.

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

Behandlung betrifft den Patienten /die Patientin: _____ ,

geboren am: _____ ,

wohnhaft: _____ ,

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten
(ggfls. des gesetzlichen Vertreters)