

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, Hammfelddamm 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: _____ ,

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten
(ggfls. des gesetzlichen Vertreters)