



## Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Patient bzw. gesetzlicher Vertreter: \_\_\_\_\_

Hiermit entbinde ich Herr/Frau Dr. \_\_\_\_\_

( ) von der ärztlichen Schweigepflicht, soweit es für das vorliegende Auskunftersuchen meiner privaten Versicherung vom \_\_\_\_\_ notwendig ist.

Diese Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht dient ausschließlich dem Auskunftersuchen meiner Versicherung vom \_\_\_\_\_ und bezieht sich nicht auf weitergehende Auskünfte.

Mit der Weitergabe der entsprechenden Behandlungsunterlagen bin ich ebenfalls einverstanden.

( ) von der ärztlichen Schweigepflicht, soweit es für das vorliegende Auskunftersuchen meiner/s Zahnärztin/arztes/ meiner/s Kieferorthopädin/Kieferorthopädenmeiner/s Chirurgin/Chirurgen \* notwendig ist.

( ) von der ärztlichen Schweigepflicht, soweit es für das vorliegende Auskunftersuchen von  
Dr. Frank Schneider                      Dr. Ingeborg Kretschmer-Schneider                      notwendig ist.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\*Abs. 7.3.1, Seite 29, BZÄK/KZBK Datenschutzleitfaden 2018<sup>1</sup>