

Schweigepflichtsentbindung

Nachname, Vorname

.....

Geburtsdatum

.....

Adresse

.....

Schweigepflichtentbindung für Medizinische Berufe

Hiermit entbinde ich die behandelnden Ärztin/Arzt sowie das medizinische Fachpersonal der Zahnarztpraxis Tscharnke von der ärztlichen Schweigepflicht. Ich willige ein, dass die für meine Behandlung erforderlichen Informationen und Unterlagen mit anderen Ärzten und Praxen ausgetauscht und relevante Befunde eingeholt bzw. weitergegeben werden dürfen. Diese Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen werden. Aus dem Widerruf entstehen mir keine Nachteile.

☐ Ja

☐ Nein

Schweigepflichtentbindung für Versicherung / Erstattungsträger

Hiermit entbinde ich die behandelnden Ärztin sowie das medizinische Fachpersonal der Zahnarztpraxis Tscharnke von der ärztlichen Schweigepflicht. Ich willige ein, dass die für meine Behandlung erforderlichen Informationen und Unterlagen mit meiner Krankenversicherung/ Erstattungsträger ausgetauscht und weitergegeben werden dürfen. Diese Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen werden. Aus dem Widerruf entstehen mir keine Nachteile.

☐ Ja

☐ Nein

Ort, Datum

Unterschrift Patient

Ort, Datum

Unterschrift Arzt