

## Schweigepflichtsentbindung

Alle Mitglieder der Gruppe der Heilberufe unterliegen der Verschwiegenheitspflicht (ärztliche Schweigepflicht) nach §203 StGB.

Um Ihnen die bestmögliche Versorgung zu gewährleisten, würden wir Ihre Behandlungsunterlagen zur kollegialen Besprechung weiterleiten.

---

### Hiermit entbinde ich (Patient)

Name                      Vorname                      Geburtsdatum

Straße                      Postleitzahl/Ort

Name des gesetzlichen Vertreters/ Vormund

### die Ärzte/ Zahnärzte

Praxisname

Straße                      Postleitzahl/Ort

von ihrer ärztlichen Schweigepflicht gegenüber

**Praxis Dres. Rienhoff und Partner  
Hunaeusstr. 6  
30177 Hannover**

---

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die mit der zahnärztlichen Behandlung im Zusammenhang stehen.

Diese Auskünfte beinhalten sowohl personenbezogene (Name, Geburtsdatum etc.), als auch medizinische Daten (Röntgenbilder, Befunde etc.).

---

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich**

- die Richtigkeit meiner Angaben,
- die Kenntnisnahme der oben genannten Hinweise
- die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht im angegebenen Rahmen
- die Verwendung meiner Behandlungsunterlagen im angegebenen Rahmen.

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

---

Datum

Unterschrift des Patienten oder des/ der Erziehungsberechtigten