

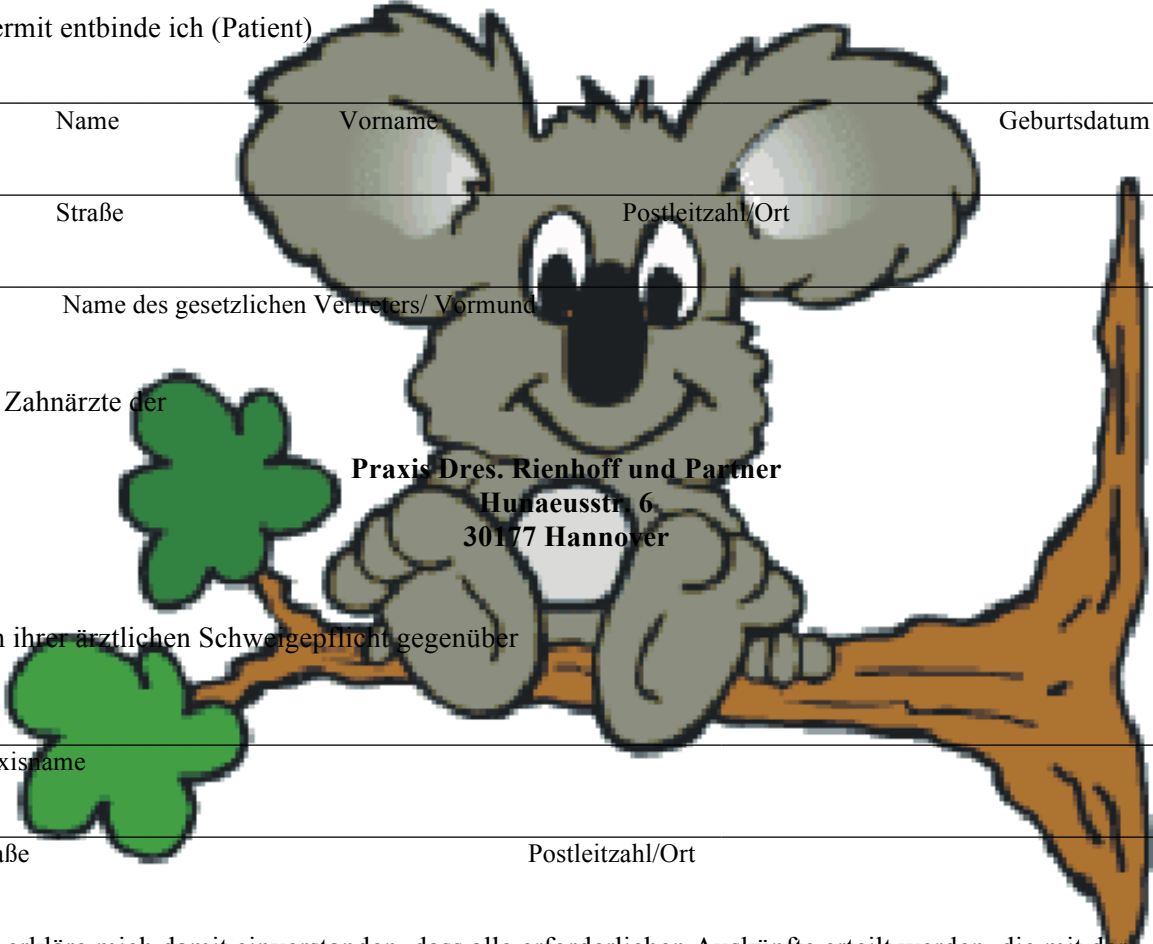
Schweigepflichtsentbindung

Als Mitglied der Gruppe der Heilberufe unterliegen wir der Verschwiegenheitspflicht (ärztliche Schweigepflicht) nach §203 StGB.

Um Ihnen die bestmögliche Versorgung zu gewährleisten, würden wir

- Ihre Behandlungsunterlagen zur Weiterbehandlung an einen Kollegen übermitteln.
- Ihre Behandlungsunterlagen zur kollegialen Besprechung weiterleiten.

Hiermit entbinde ich (Patient)



Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße _____ Postleitzahl/Ort _____

Name des gesetzlichen Vertreters/ Vormund _____

die Zahnärzte der
Praxis Dres. Rienhoff und Partner
Hunäusstr. 6
30177 Hannover

von ihrer ärztlichen Schweigepflicht gegenüber

Praxisname _____

Straße _____ Postleitzahl/Ort _____

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, Modelle 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 _____