

# Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich, Herr/Frau .....

Geburtsdatum: .....

wohnhaft in .....

entbinde hiermit den Zahnarzt

**Herrn Dr. med. dent. Joachim Erger, Utzschneiderstr. 7 in 80469 München**

von seiner ärztlichen Schweigepflicht anlässlich meiner zahnmedizinischen Behandlung.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die betreffenden Unterlagen (z.B. Auszüge aus der Behandlungskarte, Untersuchungsbefunde, Röntgenbilder oder Modelle) an folgende Institution/ Versicherungsgesellschaft heraus gegeben werden dürfen:

Name der Versicherung .....

Versicherungs-Nummer .....

Vorgangs-Nummer .....

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass ich einer solchen Weitergabe der Daten jederzeit und ohne Angabe von Gründen widersprechen kann. Dies kann allerdings dazu führen, dass mir eine Leistung ganz oder teilweise entzogen wird.

Ich bestätige, dass ich eine Ausfertigung der von mir unterschriebenen Erklärung erhalten habe.

Ort, Datum ..... Unterschrift .....

**Hinweis:** Wegen der Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht ist die Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers oder gegebenenfalls des gesetzlichen Betreuers erforderlich, nicht die einer / eines eventuell Bevollmächtigten.