Ich (bitte in Klarschrift angeben)

|  |  |
| --- | --- |
| Vorname:Name:Straße u. Hausnummer:PLZ u. Ort:Geburtsdatum: |  |

entbinde folgende/n Zahnarzt/Zahnärzte der Praxis <Praxisname>:

[ ]  <Titel Vor- und Zuname des Zahnarztes>
[ ]  <Titel Vor- und Zuname des Zahnarztes>

von seiner/ihrer Schweigepflicht gegenüber

[ ]  meiner/s **Hausärztin/Hausarztes** (zum Zwecke der Weitebehandlung):

Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PLZ Ort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ]  dem **Krankenhaus** (zum Zwecke der Weitebehandlung):

Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PLZ Ort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ]  dem **weiterbehandelnden Arzt** (zum Zwecke der Weiterbehandlung):

Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PLZ Ort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

und erkläre mich damit einverstanden, dass

[ ]  **alle** Informationen zu meinen Behandlungsunterlagen bezogen auf die Diagnose:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

[ ]  Nur Informationen zu den folgenden **ausgewählten** Inhalten:
[ ]  Anamnesen (Fragen des Arztes nach aktuellen und vergangenen körperlichen Beschwerden, bisherigen
 Behandlungen, Medikamenteneinnahmen, Fragen zum psychischen Befinden und nach der sozialen und Arbeitssituation)
[ ]  Diagnosen und Verdachtsdiagnosen
[ ]  Untersuchungen
[ ]  Untersuchungsergebnissen
[ ]  Befunde
[ ]  Röntgenbilder
[ ]  Therapien und ihre Wirkungen
[ ]  Eingriffe und ihre Wirkungen, Einwilligungen und Aufklärungen
[ ]  Arztbriefe

[ ]  dem Labor (zum Zwecke der Dienstleistungserfüllung zur Diagnose): <Name des Labors>

mitgeteilt werden dürfen.

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

Ich wünsche eine Kopie der Einwilligungserklärung: Ja [ ]  Nein [ ]

Ort, Datum:

Unterschrift des Vollmachtgebers