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 (bitte in Klarschrift angeben)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Vorname:Name:Straße u. Hausnummer:PLZ u. Ort:Telefonnummer: | 1.) | 2.) |

Zum Zweck der: <Bitte Zweck ergänzen ggf. mit Frist der Zweckbindung>

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
[ ]  Therapien und ihre Wirkungen
[ ]  Eingriffe und ihre Wirkungen, Einwilligungen und Aufklärungen
[ ]  Arztbriefe

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