

## Eingaben zur zahnärztlichen Behandlung

### Daten des anfragenden Patienten / der anfragenden Patientin

Name, Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Anschrift: .....

.....

E-Mail-Adresse: .....

(Optionale Angabe) Telefonnummer (tagsüber erreichbar): .....

### Daten der Zahnarztpraxis

Name Zahnarztpraxis: .....

Name, Vorname behandelnde(r) Zahnärztin/Zahnarzt: .....

Anschrift: .....

.....

### Schilderung des Sachverhalts (bitte möglichst ausführlich und detailliert)

**Schweigepflichtsentbindung**

*Damit wir Ihre berufsrechtliche Eingabe bearbeiten können, ist es erforderlich, dass Sie Ihre(n) Behandler(in) von der gesetzlichen Schweigepflicht gegenüber der ZKN entbinden. Sofern erforderlich, können etwaige Rückfragen so direkt von der ZKN mit Ihrer Zahnärztin / Ihrem Zahnarzt geklärt werden. Einen Vordruck für die Schweigepflichtsentbindungserklärung finden Sie auf der Webseite der ZKN.*

**Einwilligung in die Datenverarbeitung**

Ich willige in die Verarbeitung meiner Daten zum Zwecke der Bearbeitung meiner berufsrechtlichen Eingabe ein.

Hinweis: Die vorgenannten Einwilligungen sind freiwillig. Sie können sie jederzeit in Textform (z. B. per Brief, E-Mail oder Fax) mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Weitere Informationen sowie Ihre Rechte bezogen auf die Verarbeitung der Daten entnehmen Sie bitte unserer Datenschutzerklärung auf <https://zkn.de/datenschutz.html>.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Patienten  
(ggf. der gesetzlichen Vertreter)