

## Schweigepflichtentbindungserklärung

Hiermit entbinde ich .....

wohnhaft .....

.....

geboren am .....

die Zahnärzte der Praxis .....

.....

.....

hinsichtlich der bei mir (meinem Kind ..... ) durchgeführten zahnärztlichen Behandlung gegenüber der Zahnärztekammer Niedersachsen (ZKN) von der gesetzlichen Schweigepflicht.

Diese Entbindung betrifft alle im jeweiligen Fall verfügbaren und benötigten Informationen.

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

.....  
Ort, Datum

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