



Ihr Praxisname  
Ihre Anschrift  
Ihr Logo

Patientendaten  
Name und Anschrift

---

## **Schweigepflichtentbindung**

Mit dieser Erklärung entbinde ich meine/n Zahnärztin / Zahnarzt  
\_\_\_\_\_Name\_\_\_\_\_ von der ärztlichen Schweigepflicht, soweit es für das  
vorliegende Auskunftsersuchen meiner privaten Krankenversicherung  
notwendig ist.

Mit der dadurch notwendigen Datenübermittlung an die  
\_\_\_\_\_Name der PKV\_\_\_\_\_ im Sinne des § 3 Abs. 4.3 des  
Bundesdatenschutzgesetzes bin ich einverstanden.

Diese Schweigepflichtentbindung dient ausschließlich dem  
Auskunftsersuchen vom \_\_\_\_\_Datum \_\_\_\_\_ der o.g. Versicherung.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten

