Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich,

Name, Vorname

meine Zahnärztin Frau FZÄ G. Helbig bzw. Frau Dr. I. Helbig von der ärztlichen Schweigepflicht, soweit dies mit der aktuellen zahnärztlichen Behandlung und dem sich daraus ergebenden Informationsbedarf der Erstattungsstelle erforderlich ist.

Soweit der Informationsbedarf der Erstattungsstelle eine Datenübermittlung im Sinne des § 3 Abs. 4 Nr. 3 des Bundesdatenschutzgesetzes bedingen sollte, erkläre ich mich mit dieser Datenübermittlung einverstanden.

, den

Ort Datum

Unterschrift Versicherter/ Patient