

## Schweigepflichtentbindung/Datenschutz (bitte deutlich lesbar ausfüllen):

Patientenname, Vorname \_\_\_\_\_

Geb.-Datum \_\_\_\_\_

Erziehungsberechtigter /ges. Vertreter: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum \_\_\_\_\_

1. Gemäß ärztlicher Berufsordnung und Gesetzgebung (SGB V) sind wir verpflichtet, Ihrem/r Zahnarzt/-ärztin, ggfls. auch Ihrem Hausarzt, über die hiesigen Untersuchungsergebnisse bzw. Behandlungsmaßnahmen zu berichten, sofern Sie damit einverstanden sind.

Zahnarzt (überweisender Zahnarzt)		einverstanden	
Name	Ort	Ja	Nein

Hausarzt			
Name	Ort	Ja	Nein

Ggf. weitere Ärzte /Zahnärzte			
Name	Ort	Ja	Nein

Ggf. Weitere Ärzte / Zahnärzte			
Name	Ort	Ja	Nein

2. Um eine reibungslose Versorgung sicherzustellen, bin ich damit einverstanden, wenn meine Untersuchungs-/Behandlungsunterlagen von allen in der Praxis tätigen Ärzten genutzt werden.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

3. Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis Dres. Partenheimer und Maluche meine Befunde und Röntgenbilder bei den o. g. Praxen anfordert und entbinde die genannten Ärzte insofern von Ihrer ärztlichen Schweigepflicht gegenüber der Praxis Dres, Partenheimer und Maluche.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit widerrufen kann.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift