

FORMULAR 04 · § 203 STGB

Schweigepflicht-entbindung

Erklärung zur gegenseitigen Befreiung von der ärztlichen Schweigepflicht für die optimale Abstimmung Ihrer Behandlung.

Name, Vorname
 Geburtsdatum

Anschrift
 Telefon

Worum es geht

Für eine bestmögliche zahnärztliche Versorgung ist es häufig notwendig, mit Ihren weiteren Behandlern Informationen auszutauschen — etwa zu Vorerkrankungen, Medikationen, Röntgenbefunden oder geplanten Eingriffen. Da Ärzt*innen und Zahnärzt*innen der Schweigepflicht nach § 203 StGB unterliegen, ist dafür Ihre ausdrückliche Entbindung erforderlich. Sie entscheiden selbst, gegenüber wem und in welchem Umfang.

Erklärung

Ich, der*die unterzeichnende Patient*in, entbinde die **Praxis Ambrosius Schmidt** (Dr. med. dent. Ambrosius Schmidt, Mülheimer Str. 65, 51375 Leverkusen) **sowie** die nachfolgend benannten Behandler*innen gegenseitig von der ärztlichen / zahnärztlichen Schweigepflicht — soweit dies für meine Behandlung erforderlich ist.

Behandler*innen, gegenüber denen ich entbinde

Hausarzt / Hausärztin

Name, Praxis
 Ort
 Telefon

Fachärzt*in / Spezialist*in

Name, Fachgebiet
 Ort
 Telefon

Vorbehandelnde*r Zahnärzt*in / Kieferorthopäd*in

Name, Praxis
 Ort
 Telefon

Weitere*r Behandler*in (optional)

Name, Fachgebiet
 Ort
 Telefon

Umfang der Schweigepflichtentbindung

☐ Vollständig — Austausch aller für meine Behandlung relevanten Befunde, Diagnosen, Therapien und Medikationen.

☐ Eingeschränkt — nur in folgendem Umfang:

Widerruf. Diese Schweigepflichtentbindung kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen schriftlich gegenüber der Praxis Ambrosius Schmidt mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Bis zum Widerruf erfolgte Übermittlungen bleiben rechtmäßig.

Ort	Datum	Unterschrift Patient*in / gesetzl. Vertreter*in
-----	-------	--