

ERKLÄRUNG
über die Entbindung von der zahnärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich

Name, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift des Patienten

die Zahnarztpraxis: Iwona Hemken MSc, MSc
Prof. Dr. Elke Hemken MSc
Dr. Barbara Opalinska
Kirchhuchtinger Landstr. 120
28259 Bremen

von der zahnärztlichen Schweigepflicht in Bezug auf:

- * ärztliche und therapeutische Befunde, Untersuchungsergebnisse, Bildmaterialien oder Gutachten,
- * Akten von Behörden sowie von privaten oder öffentlichen Versicherungsträgern, die ärztliche Gutachten, Befunde oder Beurteilungen erhalten könnten,
- * Arzt- oder Krankenhausberichte, über meine abgeschlossene oder noch andauernde Behandlung und den Befund.

Ich bin damit einverstanden, dass diesbezüglich Informationen an folgende Personen herausgegeben werden dürfen:

- Hausarzt (bitte Namen angeben):
- Ehe-/ Lebenspartner (bitte Namen angeben):
- andere Familienangehörige (bitte Namen angeben):
- gesetzliche Betreuer

und in meiner Rechtsangelegenheit verwendet werden dürfen. Alle Leistungserbringer dürfen diese Informationen nur zum Zwecke der von ihnen erbrachten Leistung verwenden. Mir ist bekannt, das ich meine Willensäußerung jederzeit widerrufen bzw. ändern kann.

Außerdem möchte ich den "Recall-Service" Ihrer Praxis in Anspruch nehmen. Bitte erinnern Sie mich in regelmäßigen Abständen an einen Vorsorgetermin.

ja

nein

Die Teilnahme an diesem Service kann ich jederzeit widerrufen oder ändern.

Datum:

Unterschrift: