
Name:
Strasse:
Plz / Ort:
geb. am:

Erklärung über die Entbindung von der zahnärztlichen Schweigepflicht

Betr. Zahnbehandlung
von: bis:
bei:

Hier entbinde ich alle Zahnärzte, die mich während der o.g. Zahnbehandlung und der damit im Zusammenhang stehenden Nachbehandlungen bisher behandelt haben und in Zukunft behandeln werden, von ihrer zahnärztlichen Schweigepflicht; und zwar gegenüber:

- a. den beteiligten Versicherungsgesellschaften
- b. den beteiligten Gerichten
- c. den beteiligten Rechtsanwälten/Rechtsanwältinnen.

Ich erkläre mich auch damit einverstanden, daß alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die im Zusammenhang mit der o.g. Zahnbehandlung stehen. Die Entbindung von der zahnärztlichen Schweigepflicht und Auskunftsermächtigung erteile ich unter der Bedingung, daß alle zahnärztlichen Atteste, Gutachten, Auskünfte und Stellungnahmen schriftlich erteilt werden und die von mir beauftragte Anwaltskanzlei - Dr. W. Seehafer, 28209 Bremen, Fitgerstraße 4 - jeweils eine Zweitschrift erhält.

Bremen, d,

.....
Unterschrift