



Praxis für Zahn-, Mund- & Kieferheilkunde
Dr. Markus Hoberg
Zahnarzt / Oralchirurgie
Am Gerbergraben 2b
57439 Attendorn

Entbindung von ärztlicher Schweigepflicht

Patient:
Geburtsdatum:

Hiermit entbinde ich meine Zahnärztin / meinen Zahnarzt Markus Hoberg

von der ärztlichen Schweigepflicht, soweit dies im Zusammenhang 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 Bundesdatenschutzes bedingen sollte, erkläre ich mich mit dieser Datenübermittlung einverstanden.

Datum und Unterschrift des Patienten / d. entscheidungsberechtigten Zahlungspflichtigen