

Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns
(KZVB)



Bayerische Landes Zahnärztekammer
(BLZK)



Schweigepflichtentbindungserklärung

Hiermit entbinde ich

_____ geb.: _____

wohnhaft: _____

die Zahnärztin/den Zahnarzt _____

Anschrift: _____

gegenüber der KZVB und BLZK (Fallstraße 34, 81369 München; Flößergasse 1, 81369 München) sowie die KZVB und BLZK jeweils untereinander, im Zusammenhang mit meiner Anfrage vom ____ . ____ . ____ von der Schweigepflicht.

Darüber hinaus erkläre ich mich einverstanden, dass die KZVB und/oder die BLZK die Anfrage an die Praxis _____ weiterleitet.

Datum: _____

Unterschrift