
Name des Patienten

Name Erziehungsberechtigte(r) / Betreuer(in)

Anschrift

Kassenzahnärztliche Vereinigung Hessen
Patientenberatung
Lyoner Str. 21
60528 Frankfurt

**Entbindung von der Schweigepflicht sowie von den Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes und der DSGVO
Einverständniserklärung über die Weiterleitung meiner Beschwerde/Anfrage**

Hiermit entbinde ich

Name und Adresse des Zahnarztes

von der ärztlichen Schweigepflicht und den Vorschriften des Bundesdatenschutzes sowie der DSGVO gegenüber der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Hessen bzw. der Landeszahnärztekammer Hessen soweit dies zur Klärung meiner Beschwerde/ Anfrage erforderlich ist.

Ich erkläre ausdrücklich mein Einverständnis zur Weiterleitung der Unterlagen an den oben genannten Zahnarzt zur Klärung der Beschwerde/Anfrage bzw. an die Landeszahnärztekammer Hessen.

Gleichzeitig ermächtige ich die genannten Institutionen, alle im Laufe des Verfahrens bekannt werdenden weiteren Informationen sowie Stellungnahmen gegebenenfalls der Krankenkasse zur Kenntnis zu bringen.

Ort und Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte(r) / Betreuer(in)