



ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

Vertrauenszahnarzt SHG und AsylG

Entbindung vom Berufsgeheimnis und Datenaustausch

Ich, die/der Unterzeichnende (*Name und Vorname*
in Grossbuchstaben), _____

(*Geburtsdatum*) _____ ermächtige meine/n behandelnde/n Zahnärztin/Zahnarzt

Dr. _____, dem Sozialdienst _____ und/oder dem
Vertrauenszahnarzt die Unterlagen auszuhändigen, die für die Prüfung meines zahnärztlichen
Dossiers durch den Vertrauenszahnarzt erforderlich sind. Dadurch entbinde ich meine/n
behandelnde/n Zahnärztin/Zahnarzt vom Berufsgeheimnis gegenüber dem regionalen Sozialdienst
und dem offiziellen Vertrauenszahnarzt (vom Kanton ernannt).

Selbstverständlich werden die Informationen vom Vertrauenszahnarzt vertraulich behandelt. Er
wird dem regionalen Sozialdienst, dessen Personal ebenfalls ans Amtsgeheimnis gebunden ist, seine
Schlüsse zu Rechtmässigkeit, Dringlichkeit und Kosten der geplanten Behandlung mitteilen.

Ausgestellt in (*Ort*), am (*Datum*) _____

Unterschrift der oben erwähnten Person _____