

ERKLÄRUNG
über die Entbindung von der zahnärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich

Name, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift + Telefon des Patienten

die/den Zahnärztin/Zahnarzt

Name

Anschrift + Telefon des Zahnarztes

von der Schweigepflicht.

Außerdem erkläre ich mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die mit der zahnärztlichen Behandlung in Zusammenhang stehen.

Die Entbindung von der Schweigepflicht erfolgt unter der Voraussetzung, dass meinem Bevollmächtigten von allen Auskünften unaufgefordert Abschriften erteilt werden.

ja nein

Ort, Datum

Unterschrift