

**Erklärung
Entbindung von der Schweigepflicht**

Ich entbinde Frau/Herrn

Anschrift:

hinsichtlich der

bei mir *

bei meinem Kind *

* Nichtzutreffendes bitte streichen

durchgeführten zahnärztlichen Behandlung/en gegenüber

Frau/Herrn

Anschrift:

von der gesetzlichen Schweigepflicht. Mit der Weitergabe der entsprechenden Behandlungsunterlagen bin ich einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten/gesetzlichen Vertreters