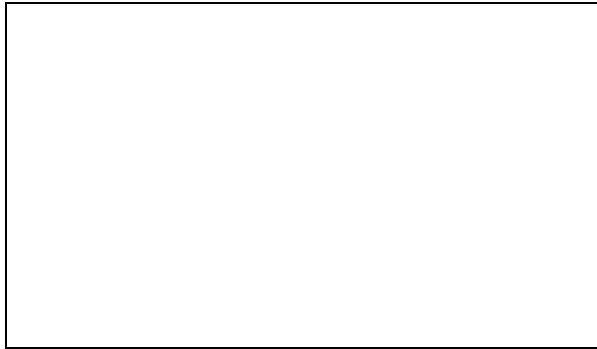


# Entbindung von der zahnärztlichen Schweigepflicht



Praxisstempel

## Patientendaten

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Geb. am: \_\_\_\_\_

## Entbindung von der zahnärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich Frau/Herrn \_\_\_\_\_ von ihrer/seiner zahnärztlichen Schweigepflicht.

Folgende Unterlagen/Röntgenbilder dürfen an die/den weiterbehandelnde/n Zahnärztin/Zahnarzt, Frau/Herrn \_\_\_\_\_ oder meine private Versicherung, die \_\_\_\_\_ übergeben/übersendet werden:

- 
- 
- 
- 

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patientin/Patient oder Erziehungsberechtigte/r