

Erklärung zur Entbindung von der zahnärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich

Patientenname: _____

geb. am _____

wohnhaft

Straße, Nr: _____

PLZ, Ort: _____

die Zahnärztin Dr. Gabriele Fischer, Bahnhofstr. 22, 71332 Waiblingen

von der zahnärztlichen Schweigepflicht

für die Weiterleitung von Röntgenbildern an

Zahnärztin / Zahnarzt: _____

Adresse: _____

E-Mail: _____

Außerdem bin ich einverstanden, dass _____

auf Anfrage Auskünfte zum zahnärztlichen Behandlungsfall erhält.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung auf die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____