

# Erklärung zur Entbindung von der zahnärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich für meine Tochter / meinen Sohn (Unzutreffendes bitte streichen)

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.

Name des / der unterzeichnenden Erziehungsberechtigten:

\_\_\_\_\_

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

Unterschrift: \_\_\_\_\_