Schweigepflichtentbindung Gutachter	Zahnarztpraxis Heindel

Patient

Vor- und Zuname: _____

Anschrift: _____

_____

Geburtsdatum: _____

Praxisstempel

Hiermit willige ich ein, dass mein/e behandelnde/r Zahnärztin/Zahnarzt von der ärztlichen Schweigepflicht entbunden wird.

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine zahnärztlichen Behandlungsunterlagen an folgenden Gutachter:

.....
(Name, Anschrift)

übermittelt werden.

Darüber hinaus willige ich ein, dass mein/e Zahnärztin/Zahnarzt auf Anforderung der Gutachter weitere Informationen über die betreffende Behandlung zur Verfügung stellt.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift Patient/bzw. gesetzlicher Vertreter