Schweigepflichtentbindung Röntgenbilder / Unterlagen	Zahnarztpraxis Heindel

Patient

Vor- und Zuname: _____

Anschrift: _____

_____

Geburtsdatum: _____

Praxisstempel

Entbindung von der zahnärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich Herr / Frau _____

von seiner/ihrer ärztlichen Schweigepflicht.

Folgende Unterlagen/Röntgenbilder dürfen an den weiterbehandelnden Zahnarzt / Zahnärztin,

Herrn / Frau _____

oder meine private Versicherung die _____,

übergeben / übersendet werden:

- _____
- _____
- _____
- _____

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift Patient/bzw. gesetzlicher Vertreter