

Einverständniserklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht für die Weitergabe von Unterlagen an den weiterbehandelnden Zahnarzt

Praxisname/Stempel

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 die/den

weiterbehandelnde/n Zahnärztin/Zahnarzt
übermittelt werden.

Darüber hinaus willige ich ein, dass mein/e Zahnärztin/Zahnarzt auf Anforderung der/des weiterbehandelnden Zahnärztin/Zahnarztes weitere Informationen über die betreffende Behandlung erteilt.

Name, Vorname Patient/in:

.....
Datum

.....
Unterschrift Patient/in