

Schweigepflichtentbindung

Hiermit entbinde ich,

Name, Vorname:

Wohnadresse:

nachfolgend genannte Ärzte und Zahnärzte von ihrer ärztlichen Schweigepflicht:

Titel, Name, Vorname Zahnarzt/-in, Praxisanschrift

Titel, Name, Vorname Zahnarzt/-in, Praxisanschrift

Titel, Name, Vorname Zahnarzt/-in, Praxisanschrift

Titel, Name, Vorname Zahnarzt/-in, Praxisanschrift

Titel, Name, Vorname Zahnarzt/-in, Praxisanschrift

Die Schweigepflichtentbindung bezieht sich auf die Erteilung von Auskünften, die Beantwortung von Anfragen, die Beiziehung von Patientenunterlagen, Modellen, Röntgenaufnahmen u.ä. und wird von mir erteilt gegenüber der Landes Zahnärztekammer Sachsen als vermittelnde Stelle (Patientenberatungsstelle, Rechtsausschuss).

Ort

Datum

Unterschrift