

Schweigepflichtentbindungs- und Einverständniserklärung

Für den Zweck meiner Weiterbehandlung bitte ich,

Name, Vorname:

Wohnadresse:

Geb.-Datum:

Vers.-Nr.:

Krankenkasse /
priv. Krankenvers.:

für Rückfragen Tel.-Nr.:

E-Mail:

(freiwillige Angabe)

meine ehemalige Zahnärztin / meinen ehemaligen Zahnarzt:

Titel, Name, Vorname – Zahnarzt / Zahnärztin

ehem. Praxisanschrift – Zahnarzt / Zahnärztin

meiner jetzt behandelnden Zahnärztin / meinem jetzt behandelnden Zahnarzt:

Titel, Name, Vorname – Zahnarzt / Zahnärztin

Praxisanschrift – Zahnarzt / Zahnärztin

Einsicht in die zu meiner Person gefertigte Patientendokumentation einschließlich Röntgenaufnahmen, Modellen etc. zu gewähren.

Hierfür entbinde ich die oben genannten Zahnärzte von der zahnärztlichen Schweigepflicht und gebe mein Einverständnis zur Erteilung von Auskünften, zur Beantwortung von Anfragen, zur Beiziehung von Patientenunterlagen, Modellen, Röntgenaufnahmen u. ä.

Ort, Datum

.....

Unterschrift - Patient / Patientin