

Anschrift der Praxis:

### Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

Ich, \_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_, wohnhaft \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_, willige ein,

dass die Zahnärztin

zum folgenden Zwecke:

folgende Unterlagen:

an

weiterleitet.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

\_\_\_\_\_, den

.....  
(Unterschrift der Patientin)