

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)