

Schweigepflichtentbindung

Hiermit entbinde ich

.....
(Name des Patienten)

.....
(Geburtsdatum)

meine Zahnärztin / meinen Zahnarzt

Frau / Herrn

.....
(Name des Zahnarztes)

.....
(Straße)

.....
(PLZ / Ort)

von ihrer / seiner Schweigepflicht, soweit es sich um Fragen handelt,
die im Zusammenhang mit dem Auskunftersuchen der

.....
(Behörde / Versicherung)

stehen.

....., den,
(Ort)

.....
(Datum)

.....
(Unterschrift Patient/in)