

Muster Schweigepflichtsentbindung Zahnarzt

Name des Patienten: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Ich, _____, bin Patient/in bei Dr. _____ in der
Zahnarztpraxis _____.

Ich entbinde hiermit Dr. _____ sowie alle anderen Mitarbeiter/innen der
Praxis von ihrer Schweigepflicht bezüglich meiner Person und gestatte ihnen, Auskünfte über meine
medizinische Behandlung und meinen Gesundheitszustand an folgende Personen weiterzugeben:

Name: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Diese Schweigepflichtsentbindung ist gültig für alle zukünftigen Behandlungen in der
Zahnarztpraxis _____.

Ort, Datum: _____ Unterschrift des/der Patienten/in:
