

# SCHWEIGEFLICHTENTBINDUNGSERKLÄRUNG

## Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht für die Weitergabe von Unterlagen an den/die weiterbehandelnde/n Zahnärztin/Zahnarzt.

Hiermit entbinde ich, \_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_,  
wohnhaft in (Straße) \_\_\_\_\_, (PLZ, Ort) \_\_\_\_\_

die Promedent MVZ GmbH von ihrer ärztlichen Schweigepflicht und erkläre mich damit einverstanden, dass meine zahnärztlichen Behandlungsunterlagen (Behandlungsblätter, Röntgenbilder, Modelle, etc.) an die/den weiterbehandelnde/n Zahnärztin/Zahnarzt \_\_\_\_\_ übersandt werden.

Ich erkläre mich des Weiteren damit einverstanden, dass die Promedent MVZ GmbH der/dem oben genannten weiterbehandelnden Zahnärztin/Zahnarzt auf Anforderung weitere Auskünfte über die betreffende Behandlung erteilt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient

© LZK BW 09/2005

Promedent MVZ GmbH  
Heiner-Fleischmann-Str. 1/2  
74172 Neckarsulm

T 07132-3406767  
F 07132-3406768  
M info@promedent.de

Abstatt  
Brackenheim  
Erlenbach  
Kernen

Langenbrettach  
Neckarsulm  
Oedheim  
Talheim

**PRO M E DENT®**  
PROFIS FÜR MEINE ZÄHNE!