

SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNGSERKLÄRUNG

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 weiter-
behandelnden 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  **DENT**[®]
PROFIS FÜR MEINE ZÄHNE!