

Patient(in):

Adresse

Entbindung von der Schweigepflicht

Meine Behandlerin Frau _____

Meinen Behandler Herrn _____

Adresse:

entbinde ich gegenüber der Versicherung _____ von der gesetzlichen Schweigepflicht.

Sie/er darf an den beratenden Arzt/Zahnarzt die geforderten Unterlagen (Karteikartenauszug, Röntgenbilder, Modelle) aushändigen.

Diese Schweigepflichtentbindung hat nur für den aktuellen Fall Gültigkeit.

.....
Ort/Datum

.....
Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigten