

Schweigepflichtentbindungserklärung für die Weitergabe von Unterlagen an den weiterbehandelnden Zahnarzt

Hiermit erkläre ich,, mich damit einverstanden,
dass mein/e behandelnde/r Zahnärztin/Zahnarzt von der ärztlichen Schweigepflicht entbunden wird
und dass meine zahnärztlichen Behandlungsunterlagen an die/den weiterbehandelnde/n Zahnärztin/Zahnarzt

übermittelt werden.

Darüber hinaus darf mein/e Ärztin/Arzt bzw. Zahnärztin/Zahnarzt auf Anforderung der/s weiterbehandelnden Ärztin/Arztes bzw. Zahnärztin/Zahnarztes weitere Informationen über die betreffende Behandlung erteilen.

Darüber hinaus ist mir bekannt, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit mit sofortiger Wirkung widerrufen kann.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift der Patientin/des Patienten