

Schweigepflichtentbindung

Hiermit entbinden wir

Vater – Name, Vorname und Anschrift

Mutter – Name, Vorname und Anschrift

als Erziehungsberechtigte für unsere Tochter / unseren Sohn:

Name, Vorname, Geb.-Datum und Anschrift

nachfolgend genannte Ärzte und Zahnärzte von ihrer ärztlichen Schweigepflicht:

Titel, Name, Vorname Zahnarzt/-in, Praxisanschrift

Titel, Name, Vorname Zahnarzt/-in, Praxisanschrift

Die Schweigepflichtentbindung bezieht sich auf die Erteilung von Auskünften, die Beantwortung von Anfragen, die Beiziehung von Patientenunterlagen, Modellen, Röntgenaufnahmen u.ä. und wird von mir erteilt gegenüber der Landes Zahnärztekammer Sachsen als vermittelnde Stelle (Patientenberatungsstelle, Rechtsausschuss).

, den

.....
Ort

.....
Datum

.....
Unterschrift - Vater

.....
Unterschrift - Mutter

.....
Unterschrift – Patientin / Patientin