

**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

die Praxis Dr. Letulé, Dr. Dufner, ZA Späth und Kollegen

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 mein Zahnarzt/meine Zahnärztin
der/dem oben genannten weiterbehandelnde/n Zahnärztin/Zahnarzt auf Anforderung
weitere Auskünfte über die betreffende Behandlung erteilt.

Lottstetten, den _____

(Unterschrift der/s Patientin/en)