

**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)