

Schweigepflichtentbindung im Rahmen der Begutachtung
über einen kammerberufenen Sachverständigen



Hiermit entbinde ich

Name, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift + Telefon des Patienten

die/den Zahnärztin/Zahnarzt

Name

Adresse + Telefon des Zahnarztes

von der zahnärztlichen Schweigepflicht.

Außerdem erkläre ich mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die mit der zahnärztlichen Behandlung im Zusammenhang stehen.

ja nein

Ich bin damit einverstanden, dass der Landes-zahnärztekammer Thüringen eine Kopie des Gutachtens zur Verfügung gestellt wird.

ja nein

.....
Ort / Datum

.....
Unterschrift