

Schweigepflichtentbindung gegenüber der
Landeszahnärztekammer Thüringen



Hiermit entbinde ich

Name, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift + Telefon

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

.....
Ort / Datum

.....
Unterschrift