

Schweigepflichtentbindungserklärung

Hiermit entbinde ich,

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Frau/Herr Dr. ...

der/die mich behandelt hat anlässlich des Unfalls vom, von ihrer/seiner
ärztlichen Schweigepflicht

Es sind bitte alle erforderlichen Auskünfte schriftlich zu erteilen, die im Zusammen-
hang mit der zahnärztlichen/kieferorthopädischen Behandlung stehen. Dazu
gehören alle Berichte, Auskünfte und Gutachten.

Chemnitz,
