



Schweigepflichtentbindung

Hiermit entbinde ich,

Name, Vorname	
Anschrift	
Geburtsdatum	
Telefonnummer	

folgende Zahnarztpraxis,

Zahnarztpraxis Hirschfeld
Dr. Julian Hirschfeld und
Leonie Steinmann-Hirschfeld
Spitalstraße 30, 97421 Schweinfurt

von der Schweigepflicht gegenüber folgender Person/Einrichtung/Institution:

Name, Vorname	
Anschrift	
Geburtsdatum	
Telefonnummer	

Die Schweigepflichtsentbindung bezieht sich auf den folgenden Zweck und Inhalt:

Soweit der Informationsbedarf der Erstattungsstelle eine Datenübermittlung bedingen sollte, erkläre ich mich mit dieser Datenübermittlung einverstanden.

Diese Schweigepflichtsentbindung gilt bis auf Widerruf

Ort, Datum

Unterschrift Patient/-in bzw. gesetzlicher Vertreter)