

Patientendaten:

Name:

Vorname:

Anschrift:

Geb. am:

Entbindung von der zahnärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich Frau Dr. Sausan Chayeb MSc von ihrer zahnärztlichen Schweigepflicht und erkläre mich einverstanden, dass Behandlungsunterlagen oder Röntgenbilder, wenn notwendig, an weiterbehandelnde Zahnärzte/Innen, Chirurgen/Innen bzw. die Versicherung weitergegeben werden dürfen.