



Schweigepflicht-Entbindungserklärung

Ich entbinde

die/den Zahnärztin/Zahnarzt

\_\_\_\_\_

mit der Anschrift

\_\_\_\_\_

hinsichtlich der bei mir

\_\_\_\_\_  
(Name des Patienten)

meinem Kind

\_\_\_\_\_  
(Name des Kindes)

durchgeführten zahnärztlichen Behandlung/en gegenüber der  
Zahnärztekammer Bremen, Universitätsallee 25, 28359 Bremen von der ärztlichen  
Schweigepflicht.

Mit der Weitergabe der Behandlungsunterlagen bin ich einverstanden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten  
(ggf. des/der gesetzlichen  
Vertreter)