

Dr. Haid
Dr. Ademi
Jurastr. 23

72072 Tübingen

Erklärung zur Entbindung der Schweigepflicht zur Anforderung von Röntgenaufnahmen

Ich, _____ geb. _____

wohnhaft in _____,

willige hiermit ein, dass Dr. Winfried Haid, Dr. Ulrich Haid, Dr. Caroline Ademi meine vorhandenen Röntgenaufnahmen von meinem bisherigen Zahnarzt anfordern kann.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Tübingen, den

.....
Unterschrift Patient/in

Vorherige Zahnarztpraxis: _____
