

## Schweigepflichtentbindung

Hiermit entbinde ich:

Name, Vorname: .....

Volljähriger Patient    Erziehungsberechtigter    Vormund  
(Bitte ankreuzen)

Geburtsdatum: .....

Adresse: .....  
.....

Name, Vorname des Patienten: .....  
(falls nicht volljährig)

die Praxis:

### Die Zahnärzte im Seilerhof, Dr. Tobias Wieser & Kollegen

Bgm.-Wohlfarth Str. 30, 86343 Königsbrunn

von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber folgenden Personen, Praxen oder Einrichtungen:

Name	Vorname	Geburtsdatum

(leere Zeilen bitte streichen)

Bitte denken Sie daran, dass sich die von Ihnen entbundenen Personen bei Abholung von Befunden, Rezepten, Verordnung oder anderen Dokumenten in unserer Praxis ihren Personalausweis zur Vorlage bereithalten.

Praxis/ Einrichtung/ Betreuer/ Heim etc.	Ort

(leere Zeilen bitte streichen)

.....  
Datum, Unterschrift

**Diese Schweigepflichtentbindung ist bis auf Widerruf gültig!**