



Entbin

dung der Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich die Praxis Dr. Aßmann von der Schweigepflicht, für die Befundübergabe und Röntgenbildübermittlung per Mail an den behandelnden Hauszahnarzt/Logopäden/Kieferorthopäden/Kieferchirurgen bezugnehmend auf die laufende zahnärztliche Behandlung.

Diese wären wie folgt:

- OPG (Röntgenbild des Kiefers)/Bissflügel (Einzelzahnaufnahme der Zahnzwischenräume oder der Zahnwurzel) zur Übermittlung zum Kieferchirurgen wegen Extraktion der bleibenden Zähne/komplizierte fakturierten Milchzähne oder Kieferorthopäden zur Feststellung von Kieferfehlstellung oder Nichtanlagen bleibender Zähne.
- Befundübermittlung/Absprachen über die notwendige Behandlung mit dem weiterbehandelnden Zahnarzt/Kieferorthopäden/Kieferchirurgen/Logopäden.

Name des Patienten:

Name und Anschrift der Eltern:

Name und Ort/behandelnder Zahnarzt/Kieferchirurg/Kieferorthopäde:

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jeder Zeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.

Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten