

## Erklärung

### Entbindung von der Schweigepflicht

Ich entbinde  
dental suite  
Zahnmedizin Heibach  
Dr. Elgin Heibach-Cowper  
Dr. Karen Heibach  
Jochem Heibach  
Hauptstraße 49  
51503 Rösrath

hinsichtlich der

bei mir \*

---

bei meinem Kind\*

\*Nichtzutreffendes bitte streichen

---

durchgeführten zahnärztlichen Behandlung/en gegenüber

Frau / Herrn

---

Anschrift:

---

---

von der gesetzlichen Schweigepflicht.

Mit der Weitergabe der entsprechenden Behandlungsunterlagen (z.B.: Befunde, Röntgenaufnahmen, Modelle, Behandlungsverlauf, etc.) bin ich einverstanden.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des Patienten / gesetzl. Vertreters