

SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNGSERKLÄRUNG

Hiermit entbinde ich,

Frau/Herr.....

wohnhaft:.....

PLZ, Ort:

Geburtsdatum:

freiwillig

MESANTIS Berlin

Mundwerk - Die Kieferorthopäden

Clayallee 330

14169 Berlin

von der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich wünsche ausdrücklich die Herausgabe meiner Untersuchungsdaten an

Praxisname:

Praxisanschrift:

PLZ, Ort:

.....
Ort, Datum, Unterschrift

.....
ggf. Unterschrift Erziehungsberechtigter

Bitte bringen Sie das ausgefüllte Formular mit oder senden Sie diese Erklärung an

Fax: 030 - 801 99 559

Wir werden Ihr Anliegen umgehend bearbeiten, für eventuelle Rückfragen stehen wir Ihnen gern unter 030 - 801 99 50 zur Verfügung.