

Patientendaten	
Vor- & Nachname:	
Geburtsdatum:	
Straße:	
PLZ & Wohnort:	
Erklärung	
<p>Hiermit erlaube ich, die im Rahmen der Behandlung erstellten Röntgenbilder und Befunde, meinem Hausarzt und / oder meinem Zahnarzt weiterzugeben und entbinde Sie hiermit von Ihrer Schweigepflicht.</p> <p>Für die Weitergabe kann das Fax, der Brief oder die E-Mail (gesichertes Verfahren) genutzt werden.</p>	
Datum, Unterschrift des Patienten	