

Name, Vorname _____ geb. _____

PLZ, Wohnort, Straße _____

Aufhebung der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit erlaube ich dem Kieferorthopäden:

Dr. Marco Fiala · 76571 Gaggenau, Klehestr. 5

die Weitergabe personenbezogener Daten wie:

Name des/der Patient/in, Adresse, behandlungsrelevanter Daten wie:

Diagnostische / Therapeutische Unterlagen:

- Modelle ggf. Auswertung
- Röntgenaufnahmen ggf. mit Auswertung
- Fotos ggf. mit Auswertung
- Diagnosen
- Befunde
- Therapien

zur Kontaktaufnahme, evtl. begleitender Massnahmen an den:

Hauszahnarzt | Gutachter | Weiterbehandler | Kieferchirurgen

Ort, Datum, Unterschrift beider Elternteile

Unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt dieser durch seine Unterschrift zugleich, dass ihm das ihm das alleinige Sorgerecht zusteht, oder dass er vom anderen Elternteil bevollmächtigt wurde, für diesen die Erklärung abzugeben