

## Entbindung von der Schweigepflicht

Ich entbinde  
Ortho 12  
Kieferorthopädie  
Geisbergstr. 12-13  
10777 Berlin  
Tel.: 030/2114444

hinsichtlich der bei mir \_\_\_\_\_

hinsichtlich der meinem Kind \_\_\_\_\_

durchgeführten kieferorthopädischen Behandlung gegenüber

Arzt - Zahnarzt - Kieferorthopäden - Krankenkasse – Gutachter

**von der gesetzlichen Schweigepflicht. Mit der Weitergabe der entsprechenden  
Behandlungsunterlagen bin ich einverstanden.**

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient  
bzw. gesetzlicher Vertreter \_\_\_\_\_