

Einwilligung zum Anfordern von Röntgenbildern

Patientin:

Patientenname

Geburtsdatum

Praxis:

Zahnarztpraxis

Ort

Ich erkläre mich mit meiner Unterschrift einverstanden, dass meine Röntgenbilder der vergangenen Jahre in der oben genannten Praxis von der Zahnarztpraxis Hesse angefordert werden dürfen.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten