

# Zahnarztpraxis Löblich

Große Elbstraße 14 · 22767 Hamburg  
kontakt@praxis-loeblich.de

## ▪ Einverständniserklärung: Weitergabe von Röntgenaufnahmen

Ich:

\_\_\_\_\_  
Name    Vorname    Wohnort

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum    Geburtsort

- Ich stimme hiermit zu, dass die Zahnarztpraxis Löblich die für meine weitere Behandlung erforderlichen Röntgenbilder, Daten und Befunde bei

\_\_\_\_\_  
Name der Zahnarztpraxis

\_\_\_\_\_  
Straße / Nr.

\_\_\_\_\_  
PLZ / Ort

zum Zwecke der Dokumentation und der weiteren Behandlung meine Befunde und Röntgenaufnahmen anfordert.

- Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft, ohne Angabe von Gründen, widerrufen kann.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_