

## SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNGSERKLÄRUNG

---

Hiermit entbinde ich, Frau/Herr \_\_\_\_\_

wohnhaft Straße \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Geburtstag \_\_\_\_\_

freiwillig

**DERAWI**

Andreas Gawron, Friedrichstraße 31, 65185 Wiesbaden

von der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich wünsche ausdrücklich die Herausgabe meiner Untersuchungsdaten an

Praxisname \_\_\_\_\_

**Praxisanschrift**

Straße, Nr. \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_

und stimme der Weiterverarbeitung meiner persönlichen Daten zu einer ggf. beauftragten Herstellung einer Navigationsschablone an ein Dentallabor zu.

\_\_\_\_\_  
Datum / Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift, ggf. Unterschrift Erziehungsberechtigter

Bitte senden Sie diese Erklärung an [kontakt@derawi.de](mailto:kontakt@derawi.de).

Wir werden Ihr Anliegen umgehend bearbeiten, für eventuelle Rückfragen stehen wir Ihnen gern unter 0611 – 30 30 08 zur Verfügung.