
Entbindung von der Schweigepflicht

Betrifft Patient: _____, geb. _____

ggf. beide Sorgeberechtigte: _____

Hiermit entbinde ich / entbinden wir

- Dr. med. Christian Schellenberg
- Dr. med. Isabella Schellenberg

und nachfolgende Personen

von ihrer gegenseitigen Schweigepflicht zu dem Zweck der medizinischen interdisziplinären Zusammenarbeit. Dies beinhaltet das kollegiale Gespräch zu den relevanten krankheitsbezogenen Aspekten sowie das Einverständnis vorliegende Befunde in Schriftform auszutauschen.

Mir/Uns ist bewusst, dass ich dieser Entbindung von der Schweigepflicht sowie der Weitergabe von Unterlagen bzw. Teilen davon jederzeit formlos widersprechen oder die Weitergabe an bestimmte Personen/Institutionen jederzeit einschränken kann.

Eine Kopie dieser Schweigepflichtsentbindung habe ich erhalten.

Potsdam, 12.07.2024

Patient/in
bei Minderjährigen: beide Sorgeberechtigten

