



Liebe Patienten, liebe Patientinnen, liebe Sorgeberechtigte,  
um die erforderlichen Hilfen und Unterstützung in die Wege leiten zu können, ist es häufig sinnvoll, dass wir mit anderen Institutionen in Austausch treten. Sofern sie damit einverstanden sind, möchten wir sie bitten, folgende Schweigepflichtsentbindung entsprechend auszufüllen und zu unterschreiben.

### Schweigepflichtsentbindung

Hiermit entbinde(n) ich/wir \_\_\_\_\_  
Name der Sorgeberechtigten

Frau Dr. S. Ganssaue und die Mitarbeiter:Innen der sozialpsychiatrischen Praxis bezgl.  
meines/unseres Kindes \_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Geburtsdatum

von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber folgenden Personen und Institutionen:  
(bitte nur Zutreffendes und dann jeweils Einrichtung, Ansprechpartner und Telefonnummer angeben)

Kita/ Schule: \_\_\_\_\_

Kinderarzt/-ärztin: \_\_\_\_\_

Andere Ärzte/Ärztinnen: \_\_\_\_\_

Kliniken: \_\_\_\_\_

Therapeut:Innen: \_\_\_\_\_

Schulamt: \_\_\_\_\_

Jugendamt: \_\_\_\_\_

Familienhilfe/Erziehungsbeistand/Schulbegleitung:  
\_\_\_\_\_

Wohngruppe: \_\_\_\_\_

Sonstige: \_\_\_\_\_

Ich bin/ wir sind mit einem mündlichen und schriftlichen Austausch über mein/unser Kind einverstanden. Behandlungsrelevante Unterlagen dürfen gegenseitig übermittelt werden.

Diese Einwilligung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

Schwerin, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient:In (bei Volljährigkeit) /  
Sorgeberechtigte(r)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Sorgeberechtigte(r)

