

Dr. med. Sabine Ganssauge  
FÄ für Kinder- & Jugendpsychiatrie & -psychotherapie  
Bornhövedstraße 78b  
19055 Schwerin



SOZIALPSYCHIATRISCHE PRAXIS  
FÜR KINDER- UND JUGENDLICHE

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. Ganssauge 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)



Seite 2 von 2