

**Dr. med. C. Alexander Heise**

**Dr. med. Kerstin Sehmer-Kurz**

FACHÄRZTE FÜR KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE UND -PSYCHOTHERAPIE

---

TEICHWEG 1 • 37085 GÖTTINGEN • TEL. 0551/44003 • FAX 0551/44029

**Patient: Name** \_\_\_\_\_ **geb. am** \_\_\_\_\_

### **Schweigepflichtsentbindung**

Ich/ wir entbinde/n Herrn Dr. Heise, Frau Dr. Sehmer-Kurz sowie die Mitarbeiter/innen der Praxis wechselseitig von der Schweigepflicht gegenüber folgenden Personen/ Institutionen:

Vor- und weiterbehandelnde Ärzte:

---

Kinder- und Jugendpsychotherapeuten und Psychiater:

---

Schule/ Lehrer; Kindergarten/ Erzieher:

---

Jugendamt/ Familienhelfer/ Einzelfallhelfer:

---

Wohngruppenmitarbeiter:

---

Weitere Personen:

---

*(Bitte ankreuzen, Namen und Telefonnummer – falls bekannt – eintragen)*

---

Datum/ Unterschrift des/ der Sorgeberechtigten

Widerrufshinweis: Ich/ wir bin/ sind darüber informiert, dass ich/ wir die Schweigepflichtsentbindung jederzeit für einzelne Personen oder gesamt widerrufen können.