

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

_____, _____
Name, Vorname des Patienten

Geburtsdatum

- Ich möchte, dass mein Psychiater/ Kinderarzt regelmäßig (1x pro Quartal) per Arztbrief über die Psychotherapie / der Psychotherapie meines Kindes informiert wird
- Ich möchte, dass einmalig ein Bericht an den überweisenden Psychiater/ Kinderarzt verschickt wird
- Ich möchte nicht, dass ein Bericht über die mich/ mein Kind betreffende Psychotherapie an meinen Kinderarzt / überweisenden Psychiater verschickt wird
- Ich habe keinen Hausarzt

Name und Anschrift des überweisenden Psychiaters/ Hausarztes:

Ort, Datum Unterschrift