

Altenbergweg 6
97688 Bad Kissingen

Telefon 0971 84-2029
Fax 0971 84-3094
hisham.zoabi@heiligenfeld.de
patricia.kleinhenz@heiligenfeld.de
www.heiligenfeld.de

Patientenerklärung/Einwilligungserklärung

Name, Vorname, Geb. Datum des Patienten: _____, _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um mit Ihrem behandelnden Arzt in Kontakt treten zu dürfen, zur Übermittlung von Befundberichten über die laufende Psychotherapie nach **§ 73 Abs. 1b SGB V** o.ä. bedarf es einer ausdrücklichen Schweigepflichtsentbindung Ihrerseits.

Bitte kreuzen Sie die von Ihnen gewünschte Regelung an und bestätigen Sie diese mit Ihrer Unterschrift.

Ich habe keinen Hausarzt

Ich stimme hiermit zu, dass mein Hausarzt/behandelnder Arzt Berichte erhält bzw. Auskünfte eingeholt werden können, welche für meine Psychotherapie wichtig sind.

Ich stimme hiermit nicht zu, dass mein Hausarzt Informationen über die laufende Psychotherapie erhält.

Sollten es sich jedoch um wichtige Informationen bzw. meiner Psychotherapie für meinen Hausarzt handeln, so wird sich mein Psychotherapeut mit ihm – nach vorheriger Absprache mit mir – in Verbindung setzen.

Ich wünsche, dass nachfolgend aufgeführte Fachärzte eine Kopie des Therapieberichtes erhalten.

1. _____
(vollständiger Name, Adressdaten)

2. _____
(vollständiger Name, Adressdaten)

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten

Im Bericht enthalten sind aktuelle Diagnosen, Arzt und ggf. Dauer der Therapie
Nach § 73 Abs. 1b SGB V ist Ihre schriftliche Bestätigung erforderlich. Ein schriftlicher Widerruf ist jederzeit möglich.

GESCHÄFTSFÜHRUNG

Stephan Greb
Michael Lang
Birgit Winzek

SITZ DER GESELLSCHAFT

Bad Kissingen
Registergericht
Schweinfurt HRB 2271

GERICHTSSTAND

Amtsgericht Bad Kissingen
Landgericht Schweinfurt

PSYCHOTHERAPEUTISCHES AUSBILDUNGSINSTITUT

Ausbildungsinstitut für Psychologische
Psychotherapeuten