

PSYCHOTHERAPEUTISCHE PRAXIS ZUM SEE

BSNR 626943400

Katharina Gutmann Diplom-Psychologin und Psychologische Psychotherapeutin
Äußeres Härle 7 - 88630 Pfullendorf - Tel. 0160 - 901 363 37 - Mail: gm@katharina-gutmann.de

Familienname _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Anschrift _____

Erklärung der Nicht-Speicherung von Daten aus meiner psychotherapeutischen Behandlung in die elektronische Patientenakte (ePa)

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass ich über die Vor- und Nachteile sowie über meine Rechte zur elektronischen Patientenakte (ePa) von Frau Gutmann aufgeklärt worden bin und mit der Übertragung von Daten aus meiner psychotherapeutischen Behandlung in die (ePA) nicht einverstanden bin.

Pfullendorf, _____

Unterschrift _____