

Patientenerklärung

zur Übermittlung eines regelmäßigen Quartalsberichts
über die Psychotherapie an den Hausarzt und ggf. den
überweisenden Facharzt gem. § 73 Abs. 1b SGB V



(Vorname, Name)

(Geburtsdatum)

- ☐ Ich habe keinen Hausarzt / Facharzt.
- ☐ Ich bin **nicht** damit einverstanden, dass meinem Hausarzt/ Facharzt in jedem Quartal über die Psychotherapie berichtet wird.
- ☐ Ich wünsche, dass mein Hausarzt/ Facharzt einmal am Anfang und am Ende der Therapie, sowie wenn besondere Anlässe das erfordern (nach Absprache mit mir) über meine Behandlung informiert wird.
- ☐ Ich bin damit einverstanden, dass mein Hausarzt/ Facharzt jedes Quartal einen Bericht erhält.

Der Bericht enthält Diagnose und Art der durchgeführten Therapie. Ihre schriftliche Bestätigung ist nach § 73 Abs. 1b SGB V erforderlich. Sie kann von Ihnen jederzeit widerrufen werden.

Name und Anschrift (Hausarzt/ Facharzt)

(Name des Behandlers)

(Anschrift)

Ort, Datum

Unterschrift