

Praxis Dr. med. Ulrich Bohnet
Radolfzeller Str. 62A
D - 78467 Konstanz

Familienname _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Anschrift _____

Erklärung der Nicht-Speicherung von Daten aus meiner psychotherapeutischen Behandlung

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass ich mit der Übertragung von Daten aus meiner Psychotherapie in die elektronische Patientenakte nicht einverstanden bin.

Konstanz, den _____ Unterschrift _____