

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

Familienname _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Anschrift _____

**Erklärung der Nicht-Speicherung von Daten aus meiner psychiatrisch-psychotherapeutischen
Behandlung**

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass ich mit der Übertragung von Daten aus meiner psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung in die elektronische Patientenakte (ePA) nicht einverstanden bin.

Konstanz, den _____ Unterschrift _____