

Dokumentation über die Nutzung der ePA

Praxisstempel

Datum _____

Name _____ Geb.-Datum _____

Bei Kindern/Jugendlichen unter 15 Jahren:

Sorgeberechtigte Person(en):

☐ Jugendliche*r ist ePA-berechtigt (weil mindestens 15 Jahre alt)

Information und Aufklärung erfolgt am _____

☐ Patient*in hat keine ePA.

☐ Patient*in hat eine ePA, widerspricht aber dem Eintrag von Daten aus der psychotherapeutischen Behandlung.

☐ Patient*in hat eine ePA und möchte, dass folgende Daten aus der psychotherapeutischen Behandlung in die ePA eingetragen werden:

☐ Individuelle Patienteninformation zur psychotherapeutischen Sprechstunde (PTV11)

☐ Arztbriefe

☐ Sonstiges: _____

(ggf. Unterschrift der Patientin/des Patienten bzw. der sorgeberechtigten Person(en) – nicht erforderlich)