

Stresemannplatz 4
24103 Kiel
Tel.: 0431-8886295
E-Mail: sekretariat@john-rittmeister-institut.de

Sehr geehrte _____

Laut EBM (Gebührenordnung für Abrechnung) bin ich gesetzlich verpflichtet, Ihrem Hausarzt unaufgefordert einen Befundbericht zu übermitteln. Hierzu bedarf es keiner ausdrücklichen Schweigepflichtsentbindung Ihrerseits, sondern es besteht für mich eine gesetzliche Offenbarungspflicht. Allerdings können Sie mich von dieser Offenbarungspflicht entbinden, falls dies Ihr Wunsch ist.

Ich bitte Sie, mir mit Ihrer Unterschrift folgendes zu bestätigen (Ihre Unterschrift ist nach den Bestimmungen des Sozialgesetzbuches §73 Abs. 1b notwendig. Sie kann jederzeit widerrufen werden):

- Ich bitte um die quartalsweise Übermittlung eines Berichtes an meinen Hausarzt. Im Falle einer Psychotherapie wird nicht quartalsweise, sondern am Anfang, jährlich und am Ende berichtet.
Name des Hausarztes:

Strasse:

PLZ und Ort:

- Ich möchte KEINEN Bericht an meinen Hausarzt / ich habe keinen Hausarzt.
- Ich bin nicht damit einverstanden.

Diese Vereinbarung gilt bis auf Widerruf. Selbstverständlich kann nach Absprache mit mir zwischen den behandelnden Ärzten / Therapeuten kommuniziert werden, soweit es für meine Behandlung erforderlich ist.

Datum _____