



## EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG ZUR ERHEBUNG VON PATIENTENDATEN

Ich,

.....  
Vorname und Nachname der Patientin / des Patienten

erkläre mich einverstanden, dass die Diplom-Psychologin Mercedes Lorenzo meine Patientendaten erheben und verarbeitet wird.

Frau Lorenzo unterliegt der Schweigepflicht betreffend der Informationen, die sie von den Patientinnen und Patienten erhält. Dies bedeutet, dass alle persönlichen Mitteilungen und Gesprächsinhalte aus den Therapiegesprächen sicher in der Praxis bleiben und keinesfalls weitergegeben werden.

Sollte im Laufe der psychologischen Gespräche ein Informationsaustausch mit anderen Personen / Institutionen notwendig sein, so findet dieser nur statt, wenn zuvor vom Patienten eine Entbindung von der Schweigepflicht gegenüber dieser konkreten Person / Institution erteilt wurde.

Die Daten werden gelöscht, wenn der Abrechnungszweck und der Aufbewahrungszweck nach Berufungsordnungs Gesichtspunkten erfüllt ist. Die Unterlagen sind hier 10 Jahre aufzubewahren.

Karlsruhe, den .....

.....  
Unterschrift der Patientin / des Patienten bzw. des gesetzlichen Vertreters

.....  
Unterschrift Diplom-Psychologin & Familientherapeutin