



## Einwilligung bei wichtigen Mitteilungen an die zuständige Krankenkasse des Patienten

Patient\*in (Vor- und Nachname) : \_\_\_\_\_

Geburtsdatum : \_\_\_\_\_

Ich willige ein, dass Frau Fischer als Kinder- und Jugendpsychotherapeutin wichtige Mitteilungen während des Therapieverlaufs oder bei Abbruch, Beendigung oder allgemeinen Änderungen die zuständige Krankenkasse des Patienten kontaktieren kann z.B. schriftlich, elektronisch oder per E-mail.

\_\_\_\_\_  
Vor-und Nachname (in Druckbuchstaben)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Sorgeberechtigte/r

\_\_\_\_\_  
Vor-und Nachname (in Druckbuchstaben)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient