

## **Dokumentation über die Nutzung der ePA**

Name: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Bei Kindern/Jugendlichen unter 15 Jahren:

Sorgeberechtigte Person(en):

\_\_\_\_\_

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

Information und Aufklärung erfolgt am \_\_\_\_\_

- • Patient/Patientin hat keine ePA bzw. widerspricht eigenverantwortlich grundsätzlich dem Anlegen einer solchen.
- • Patient/Patientin hat eine ePA, widerspricht aber dem Eintrag von Daten aus der psychotherapeutischen Behandlung.
- Patient/Patientin 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: \_\_\_\_\_

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_