Christiane Madlinger
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin
Verhaltenstherapie

Praxisstempel

Dokumentation über die Nutzung der ePA

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)