

Name Vorname:

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

## Einverständniserklärung

Ich erkläre hiermit mein Einverständnis, dass Herr/Frau \_\_\_\_\_,  
Psychologische/r Psychotherapeut/in / Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/in,

---

Praxisanschrift

die über

- mich \_\_\_\_\_  
Name
- meine Tochter \_\_\_\_\_  
Name, ggfls. abweichende Anschrift
- meinen Sohn \_\_\_\_\_  
Name, ggfls. abweichende Anschrift

geführten Patientenakte(n) nach Beendigung der zugelassenen Kassenpsychotherapeutenpraxis an ihre/n  
Nachfolger/in,

---

Name, Praxisanschrift

übergibt. Ich bin darüber unterrichtet, dass diese dort bis zehn Jahre nach Beendigung der Psychotherapie  
aufbewahrt und bei Bedarf im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen angefordert oder eingesehen werden  
können.

Mainz, den \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient/in

ggfls. Erziehungsberechtigte/r