

Absender:

An die
Kammer für Psychologische Psychotherapeuten und
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Land Berlin
Kurfürstendamm 184
10707 Berlin

Fax: 030 887140-40

Mitteilung über die Verwahrung der Patientenakten (Praxisaufgabe/ Unvermögen)

Ich teile Ihnen mit, dass die Patientenakten von PP/ KJP:

..... (Name)

..... (Anschrift)

.....

(Zutreffendes bitte ankreuzen!)

verwahrt werden:

von mir selbst

von folgender Person an folgendem Ort:

..... (Name)

..... (Anschrift)

.....

Die Patientenakten sind bereits übergeben worden am (Datum)

Die Patientenakten werden erst in Zukunft übernommen bzw. übergeben werden:

für den Fall der Praxisaufgabe

für den Fall des eigenen Unvermögens

Berlin, den

Datum, Unterschrift