

Praxis Dr. med. Ulrich Bohnet  
Radolfzeller Str. 62A  
D - 78467 Konstanz

Familienname \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

**Erklärung der Nicht-Speicherung von Daten aus meiner psychiatrisch-psychotherapeutischen  
Behandlung**

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass ich mit der Übertragung von Daten aus meiner Psychotherapie in die elektronische Patientenakte nicht einverstanden bin.

Konstanz, den \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_