

Schweigepflichtentbindung

für das Kostenerstattungsverfahren nach § 13 Abs. 3 SGB V

Optionales Formular · nur verwenden, wenn eine direkte Rücksprache zwischen der Praxis und Ihrer Krankenkasse erforderlich oder vereinbart ist.

Versicherte Person

VOR- UND NACHNAME

GEBURTSDATUM

KRANKENKASSE

VERSICHERTENNUMMER

ANSCHRIFT DER KRANKENKASSE / ZUSTÄNDIGE STELLE

Erklärung

Ich entbinde Frau M.Sc. Psych. Rahel Simmenauer, approbierte Psychologische Psychotherapeutin, gegenüber der oben bezeichneten Krankenkasse insoweit von ihrer Schweigepflicht, wie dies für die Bearbeitung meines Antrags auf Kostenerstattung und – nach einer Bewilligung – für die Abwicklung der bewilligten psychotherapeutischen Leistungen erforderlich ist.

Ich willige zugleich ein, dass die Krankenkasse die für diesen Zweck erforderlichen Informationen an Frau Simmenauer übermitteln darf. Die Einwilligung gilt ausschließlich für das nachfolgend bezeichnete Kostenerstattungsverfahren.

Umfang der Einwilligung

☐ Stand der Antragstellung, angeforderte Unterlagen und Entscheidung der Krankenkasse

☐ beantragtes beziehungsweise bewilligtes Behandlungsverfahren und Behandlungsumfang

☐ Kosten, Erstattungshöhe, Rechnungsprüfung und Abrechnung der bewilligten Leistungen

☐ psychotherapeutische Indikation und Diagnose, soweit für die Leistungsentscheidung erforderlich

☐ weitere fachliche Angaben nur nach vorheriger Abstimmung mit mir

Nicht umfasst: Vollständige Behandlungsaufzeichnungen, Sitzungsinhalte oder Informationen ohne Bezug zur Prüfung, Bewilligung oder Abrechnung des Kostenerstattungsverfahrens.

Freiwilligkeit, Geltungsdauer und Widerruf

Die Einwilligung ist freiwillig. Wenn ich sie nicht erteile, findet kein direkter Informationsaustausch statt; erforderliche Unterlagen und Mitteilungen kann ich selbst zwischen Praxis und Krankenkasse übermitteln.

Die Einwilligung gilt für die Dauer der Bearbeitung meines Antrags sowie – im Fall einer Bewilligung – für die Abwicklung der bewilligten Leistungen. Ich kann sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber der Praxis oder meiner Krankenkasse widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung bleibt unberührt.

Einwilligung

☐ Ich habe die vorstehenden Hinweise gelesen und willige in die beschriebene, zweckgebundene Kommunikation und Datenübermittlung ein.

ORT, DATUM

UNTERSCHRIFT DER VERSICHERTEN PERSON

Hinweis: Bitte tragen Sie die konkrete Krankenkasse ein. Eine pauschale Entbindung gegenüber nicht benannten Dritten ist mit dieser Erklärung nicht verbunden.