

An die Wiener Gebietskrankenkasse  
Wienerbergstraße 15 - 19  
1010 Wien  
Postadresse: 1103 Wien, Postfach 6000

Familienname	Vorname	Versicherungsnummer
.....	.....	.....
Anschrift		
.....	.....	.....
Versicherte/r		
.....	.....	.....

Name der PsychotherapeutIn: .....

Praxisadresse: .....

### **PATIENTEN-ERKLÄRUNG**

Die Beantwortung der im Antragsformular der Wiener Gebietskrankenkasse (WGKK) gestellten Fragen über meine psychotherapeutische Erkrankung- und Behandlung durch meine/n PsychotherapeutIn widerspricht der psychotherapeutischen Verschwiegenheitspflicht und kann mein Recht auf Geheimhaltung meiner Privatsphäre verletzen.

Ich habe meine/n PsychotherapeutIn beauftragt, das Antragsformular der WGKK auszufüllen und entbinde ihn/sie von seiner/ihrer Verschwiegenheitspflicht hinsichtlich der Beantwortung aller Fragen des Antragsformulars.

Ich bin ausdrücklich damit einverstanden, dass die im Antragsformular ausgefüllten Angaben (meine personenbezogenen Daten, an Kostenträger (z.B. Versorgungsvereine, sonstige Vereine)

Verein für ambulante Psychotherapie

Wiener Gesellschaft für psychotherapeutische Versorgung

Sonstiger Verein .....  
(Bitte den Namen des Vereins eintragen)

zum Zweck der Kostenübernahme durch die Gebietskrankenkasse für psychotherapeutische Behandlung übermittelt werden. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich mit Brief an meine/n PsychotherapeutIn widerrufen kann.

.....  
Datum

.....  
Unterschrift des Patienten/der Patientin