

Ergänzung zum Behandlungsvertrag

Zwischen

Name und Anschrift des Patienten / der Patientin

und

Dipl.Psych.Irene K.Spieler

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin (TP)

Psychologische Beraterin

Einverständniserklärung zur E-Mail-Korrespondenz

Ich bin mit der Korrespondenz bzw. der Zusendung von Daten per E-Mail an die nachstehend genannte E-Mail-Adresse einverstanden. Mir ist bekannt, dass die mir so zugesandten E-Mails personenbezogene Daten enthalten können. Die Risiken, die mit dem Versand solcher E-Mails verbunden sind – insbesondere die unbefugte Kenntnisnahme und Verwertung durch Dritte – sind mir bewusst.

E-Mail-Adresse

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in (ggf. gesetzliche/r Vertreter/in)