



Kommunikationswege

Aufklärung und Einwilligung in die Nutzung unsicherer Kommunikationswege

Hiermit erkläre ich

Name, Vorname: _____ Geb. Datum: _____

PLZ, Wohnort: _____ Straße, Nr.: _____

Telefon / E-Mail: _____

dass ich die Übermittlung folgender personenbezogener Daten wie
(z.B. Termini, Kontaktdaten, Befunde)

durch die Praxis **Rita Heinen, Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie**

über folgende Kommunikationswege ohne weitere Sicherungsmaßnahmen und
insbesondere unter Verzicht auf eine weitere Verschlüsselung wünsche.

E-Mail an folgende Adresse _____

WhatsApp an folgende Nummer _____

Sonstige _____

Ort / Datum

Unterschrift des Patienten / gesetzlichen Vertreters