

Informationen zur Kontaktaufnahme

Name des Patienten/der Patientin: _____

Geburtsdatum des Patienten/der Patientin: _____

Zur Kommunikation mit der Psychotherapeutischen Praxis Julian Kulder bitte ich folgende Kontaktdaten zu nutzen:

Festnetz: _____

Mobil: _____

Es besteht auch die Möglichkeit mit der Praxis per E-Mail zu kommunizieren. Dieser Kommunikationsweg wird im Wesentlichen für Terminabsprachen und andere organisatorische Absprachen genutzt.

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: _____

Diese Zustimmung kann ich jederzeit widerrufen.

Ort: _____

Datum: _____

Unterschrift Patient*in ab 15 Jahren: _____

Unterschrift Sorgeberechtigte(r): _____