**Einwilligung zur elektronischen Kommunikation**

Im Rahmen der Behandlung/Begutachtung meines Kindes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ gebe ich Frau Breuer-Nüsser die Erlaubnis zur elektronischen und internetbasierten Kommunikation (z.B. zwecks Terminabsprachen) mit mir über die von mir mitgeteilte

Fax-Nummer \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Handynummer via SMS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ich wurde über die Risiken des internetbasierten Datenaustausches (Informationsblatt „Wichtige Hinweise zur elektronischen Kommunikation“) und gemäß der Datenschutzerklärung der Praxis für Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie Frau Breuer-Nüsser über die Art der Verarbeitung der personenbezogener Daten aufgeklärt.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit, grundlos widerrufen kann. Sie gilt widerruflich bis zum Ende der Behandlung.

**­Patienten-Vor-/Nachname (in Druckbuchstaben) Datum/ Unterschrift**

**Ggf. Name, Vorname gesetzliche/r VertreterIn Datum/ Unterschrift**

*Dieses Dokument wird nach Ihrer Unterzeichnung in einem Sicherheitscontainer verwahrt.*