



INFORMATIONEN ZUR KONTAKTAUFNAHME

ZUR KONTAKTAUFNAHME MIT DEM/DER PATIENT/IN

NAME, VORNAME

BITTE ICH FOLGENDE KONTAKTDATEN ZU NUTZEN:

FESTNETZ

HANDY

ES BESTEHT DIE MÖGLICHKEIT MIT DEM/DER PSYCHOTHERAPEUTEN/IN AUCH ÜBER ONLINE-MEDIEN ZU KOMMUNIZIEREN. DIESE KOMMUNIKATIONSWEGE WERDEN IM WESENTLICHEN FÜR TERMINABSPRACHEN UND ANDERE ORGANISATORISCHE ABSTIMMUNGEN GENUTZT. SENSIBLE PERSÖNLICHE DATEN WERDEN NICHT DIGITAL VERSENDET.

ÜBER DIE MÖGLICHEN UNSICHERHEITEN DER VERSCHIEDENEN DIGITALEN KOMMUNIKATIONSWEGE WURDE ICH INFORMIERT.

ICH BIN MIT DER NUTZUNG FOLGENDER KOMMUNIKATIONSWEGE EINVERSTANDEN:

SMS

THREEEMA

SIGNAL

E-MAIL

SONSTIGES

VIDEOSPRECHSTUNDE¹

¹DIE VIDEOSPRECHSTUNDE ERFOLGEN ÜBER VON DER KASSENÄRZTLICHEN BUNDESVEREINIGUNG (KBV) ZERTIFIZIERTE VIDEODIENSTANBIETER ([WWW.KBV.DE/MEDIA/SP/LISTE_ZERTIFIZIERTE-VIDEODIENSTANBIETER.PDF](http://www.kbv.de/media/sp/liste_zertifizierte-videodienstleister.pdf)).

DIESE EINWILLIGUNG KANN ICH JEDERZEIT SCHRIFTLICH ZURÜCKNEHMEN.

ORT, DATUM

UNTERSCHRIFT DES PATIENTEN / DES ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN

