

Einwilligung zum elektronischen Datenausch



Name des Patienten.....

Es besteht die Möglichkeit, mit dem Psychotherapeuten Informationen und Daten elektronisch auszutauschen, z.B. per mail, per SMS. Der Psychotherapeut wird dies im Wesentlichen für Terminabsprachen nutzen.

Zum Zweck der Dokumentenübermittlung wird ein verschlüsseltes PDF-Format verwendet. Dafür gilt das im Therapievertrag vereinbarte Passwort.

Ich wünsche mit dem Psychotherapeuten per Mail zu kommunizieren und bitte folgende Email-Adresse zu nutzen:

.....

Ich wünsche mit dem Psychotherapeuten per SMS zu kommunizieren und bitte folgende Handynummer zu nutzen:

.....

Diese Einwilligung kann ich jederzeit schriftlich zurücknehmen.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten/der Patientin

Ort, Datum

Unterschrift der/des Sorgeberechtigten