

Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich, _____, mich

gegenüber Herrn

Dipl. Psych. André Wangelin, Garkenburgerstraße 4, 30519 Hannover,

damit einverstanden, dass während der Gespräche und diagnostischen Untersuchungen in der Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie André Wangelin Korrespondenz bzw. Zusendung von Daten per E-Mail-Kontakt über die nachstehend genannte E-Mail-Adresse erfolgen kann.

E-Mail-Adresse

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.

Ich kann die Einwilligung jederzeit widerrufen.

Unterschrift des/der Patient/in