



Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie
Priv.-Doz. Dr. med. Bettina Linck

Einwilligungserklärung zur allgemeinen Kommunikation

Ich willige ausdrücklich ein, dass mich die o. g. Praxis und dessen Mitarbeiter ergänzend zu den allgemeinen Pflichten des Arztes zu dessen Dienstleistungen zur allgemeinen Behandlung und Therapie kontaktieren dürfen. Dabei handelt es sich beispielsweise um Informationen über die Behandlung, Therapie oder Besprechung von Befunden. Die Kontaktaufnahme darf zusätzlich zum gesetzlich vorgesehenen Briefverkehr im Wege der nachstehenden Kommunikationsmittel erfolgen, und zwar per:

E-Mail Telefon (sowie Festnetz, als auch Handy)

Die Einwilligungserklärung können Sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft teilweise oder vollständig formfrei und ohne Angabe von Gründen widerrufen. Bitte richten Sie Ihren Widerruf an unsere Praxis.

Name, Vorname (Patient): _____

Datum: _____

Unterschrift: _____