



## Einverständniserklärung zur Nutzung von E-Mails zur Terminvereinbarung

Wir informieren Sie, dass digitale Kommunikationswege nicht den Ansprüchen des Datenschutzes und damit auch nicht der therapeutischen Schweigepflicht genügen. Gesundheitsbezogene Daten und therapeutische Inhalte dürfen daher nicht direkt per E-Mail ausgetauscht werden.

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an:

- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass Terminabsprachen per E-Mail getroffen werden dürfen.
- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine E-Mail-Adresse sowie meine Mobilfunknummer für diagnostische Zwecke verwendet werden dürfen (z.B. für das digitale Bearbeiten von Fragebögen).

Ich kann meine Einwilligung hierzu jederzeit für die Zukunft zurückziehen, ohne dass mir dadurch Nachteile entstehen.

E-Mail-Adresse: .....

Mobilfunknummer: .....

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich über die prinzipiellen Unsicherheiten der verschiedenen **elektronischen Kommunikationswege** informiert wurde.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Name und Unterschrift  
Jugendliche:r

\_\_\_\_\_  
Name und Unterschrift  
Sorgeberechtigte:r 1

\_\_\_\_\_  
Name und Unterschrift  
Sorgeberechtigte:r 2