



DR. ANNE HELLMANN
Praxis für Psychotherapie
Kinder | Jugendliche | Junge Erwachsene

Einverständnis E-Mail-Korrespondenz

Ergänzung zum Behandlungsvertrag

Zwischen

Name, Vorname

Geburtsdatum

und

Praxis für Psychotherapie
Dr. Anne Hellmann
Kleiststraße 4
45128 Essen

Ich bin mit der Korrespondenz bzw. der Zusendung von Daten per E-Mail an die nachstehend genannte E-Mail-Adresse einverstanden. Mir ist bekannt, dass die mir 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.

E-Mail-Adresse

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in (ggf. gesetzliche/r Vertreter/in)