

Einverständniserklärung Datenversand per E-Mail

Patient Vorname

Patient Nachname

Patient geb.:

eMail Patient

eMail Mutter

eMail Vater

Ich bin mit der Korrespondenz bzw. der Zusendung von Daten per einfacher E-Mail an die genannte E-Mail-Adresse einverstanden.

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 Kenntniserhebung und Verwertung durch Dritte, sind mir bewusst.

Diese Einverständniserklärung kann jederzeit schriftlich oder mündlich widerrufen werden.

Datum, Unterschrift _____



fachärztlicheszentrum
für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und -psychotherapie

GEMEINSCHAFTSPRAXIS
Dr. med. Raed - Peter Nasser
Dr. med. Oliver Theill
Dr. med. Susanne Borsbach
Dr. med. Daniela Michels

Herzogstr. 89-91
40215 Düsseldorf

Fon 0211/93 88 96 90
Fax 0211/93 88 96 929
E-Mail mail@kjp-praxis.de
Web www.kjp-praxis.de