

BITTE AUSFÜLLEN

Nachname des Patienten: _____

Vorname des Patienten: _____

Nachname der Eltern: _____

Tel. privat Mutter: _____

Tel. beruflich Mutter: _____

Handy Mutter: _____

E-Mail Mutter: _____

Tel. privat Vater: _____

Tel. beruflich Vater: _____

Handy Vater: _____

E-Mail Vater: _____

Einverständniserklärung E-Mails:

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 Kenntnisnahme 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