

## 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