



Einwilligung Elektronische Kommunikation

gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO – Terminorganisation & (optional) medizinische Inhalte

Name des Patienten / der Patientin

Geburtsdatum

Sorgeberechtigte/r 1 (bei Minderjährigen)

Sorgeberechtigte/r 2 (bei Minderjährigen)

Patient (ab 16 Jahre)

E-Mail-Adresse für Kontakt

Mobilnummer für SMS/Messenger/Telefon

1. Gewünschte Kommunikationskanäle (bitte auswählen)

E-Mail

Telefonanruf

SMS

2. Zulässiger Inhalt der Kommunikation

Ich/Wir willigen ein, dass die Praxis die folgenden Inhalte über die oben gewählten Kanäle übermitteln darf:

Terminorganisation (Bestätigung, Änderung, Erinnerung)

Organisatorische Hinweise (z. B. Unterlagen mitbringen)

Medizinische Inhalte in Kurzform (z. B. Hinweise zur Übung/Aufgabe)

Medizinische Dokumente/Befunde (nur verschlüsselt; siehe Sicherheitsoptionen)

3. Sicherheits- und Übermittlungsoptionen

Nutzung von Videosprechstunde/Telemedizin (separater Dienstleister; Einwilligung wird dort erteilt)

4. Erreichbarkeit & Präferenzen

Bevorzugte Kontaktzeiten: von

Praxis

Halbinselstraße 43
88142 Wasserburg

Kontakt

08382 887036
Fax 08382 998192
kontakt@psychotherapie-moroff.de
psychotherapie-moroff.de

Bankverbindung

FYRST
IBAN DE03 6407 0215 0087 9007 00
BIC PBNKDEFF



Sarah Moroff

PSYCHOTHERAPIE · KINDER & JUGENDLICHE

Sarah Moroff · Halbinselstraße 43 · 88142 Wasserburg

bis

Wochentage

Es darf eine Nachricht auf dem Anrufbeantworter/Voicemail hinterlassen werden.

Es dürfen Mail-Nachrichten mit Terminerinnerungen gesendet werden.

5. Hinweis zu Risiken & Widerruf

Mir/Uns ist bewusst, dass elektronische Kommunikation trotz technischer Schutzmaßnahmen ein Restrisiko des unbefugten Zugriffs Dritter birgt. Die Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift Sorgeberechtigte/r 1

Unterschrift Sorgeberechtigte/r 2

Unterschrift Patient/in (ab 16)

Praxis

Halbinselstraße 43
88142 Wasserburg

Kontakt

08382 887036
Fax 08382 998192
kontakt@psychotherapie-moroff.de
psychotherapie-moroff.de

Bankverbindung

FYRST
IBAN DE03 6407 0215 0087 9007 00
BIC PBNKDEFF