

Ergänzung zum Behandlungsvertrag
zwischen

Name und Anschrift des Patienten / der Patientin

und **Dipl. Psych. M. Spöring**

Name und Anschrift des Psychotherapeuten / der Psychotherapeutin

Der Versand personenbezogener Daten durch unverschlüsselte E-Mails ist aus datenschutzrechtlichen Gründen grundsätzlich untersagt, sodass entsprechende Korrespondenz ausschließlich durch Postversand erfolgen kann, wenn nicht eine ausschließliche schriftliche Einwilligung durch den Patienten erteilt wird. Mit dieser Einverständniserklärung stimmen Sie dem Versand von Daten via E-Mail durch mich zu.

Einverständniserklärung zur E-Mail-Korrespondenz

Ich bin mit der Korrespondenz bzw. der Zusendung von personenbezogenen- und Gesundheitsdaten per E-Mail an die nachstehend 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.

E-Mail-Adresse

Ort, Datum

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

Stand Mai 2018