

Aufklärung und Einwilligung in die Nutzung verschiedener Kommunikationswege

PRAXIS FÜR
ERGOTHERAPIE

Hiermit erkläre ich:

Name, Vorname, Geburtsdatum

dass ich die Übermittlung folgender personenbezogener Daten

- Termini
- Kontaktdaten
- Befunde

durch die Praxis für Ergotherapie Martina Mittrup

über folgenden Kontaktweg wünsche

E-Mail an folgende Adresse: _____

Handy an folgende Nummer: _____

WhatsApp an folgende Nummer: _____

Sonstige _____

Ich bin durch die Praxis ausdrücklich darauf hingewiesen worden,
dass dieser Übertragungsweg nicht sicher ist und Gefahren für meine
Daten birgt. Mir ist bewusst, dass ich diese Erklärung jederzeit ohne
Angabe von Gründen mit zukünftiger Wirkung widerrufen kann.



MARTINA MITTRUP
STAATL. GEPR.
ERGOTHERAPEUTIN

LENA – CHRIST – STR. 2B
85625 GLONN
TEL 08093 – 90 22 55
ergotherapie-mmitrup@gmx.de

Ort / Datum

Unterschrift des Patienten /
gesetzlichen Vertreters