

Schweigepflichtentbindung

Hiermit entbinde ich die Praxis _____, vertreten durch _____, von der gesetzlichen Schweigepflicht gegenüber folgenden Personen/Institutionen:

Name der Person / Institution: _____

Bezug / Grund der Kontaktaufnahme: _____

Diese Entbindung gilt bis auf Widerruf.

Ort, Datum: _____
Unterschrift: _____



Einverständniserklärung zur Teilnahme an Therapie

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis, dass mein Kind / meine jugendliche Tochter / mein jugendlicher Sohn an einer psychotherapeutischen Behandlung in der Praxis _____ teilnehmen darf.

Name des Kindes / Jugendlichen: _____

Ich bin mir darüber bewusst, dass die therapeutische Arbeit der Schweigepflicht unterliegt und Inhalte der Gespräche vertraulich behandelt werden. Eine Information Dritter erfolgt nur mit ausdrücklicher Zustimmung.

Ort, Datum: _____
Unterschrift eines Elternteils: _____



Datenschutzerklärung

Ich willige ein, dass meine personenbezogenen Daten im Rahmen der psychotherapeutischen Arbeit in der Praxis _____ erhoben, gespeichert und verarbeitet werden. Dazu gehören insbesondere Name, Kontaktdaten, anamnestische Informationen und Therapieverläufe.

Ich bin darüber informiert, dass im Rahmen der Kommunikation auch digitale Medien wie E-Mail, WhatsApp oder Signal genutzt werden können. Zudem kann eine Online-Beratung per Videokonferenz erfolgen. Mir ist bewusst, dass dabei gewisse datenschutzrechtliche Risiken bestehen können, denen mit angemessenen technischen Maßnahmen begegnet wird.

Ich bin mit der elektronischen Verarbeitung, Speicherung und – im Rahmen gesetzlicher Vorschriften – auch Weitergabe meiner Daten einverstanden.

Ort, Datum: _____
Unterschrift: _____