

Ergänzung zum Behandlungsvertrag

zwischen

**Name und Anschrift des Patienten / der Patientin**

---

---

---

und

**Name und Anschrift des Psychotherapeuten / der Psychotherapeutin**

Psychotherapeutische Praxis für Kinder und Jugendliche  
M.A. Ulrike Kunadt  
Herrnhuter Str. 20  
04318 Leipzig

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 der Psychotherapeutischen Praxis**

- info@kindertherapie-leipzig.de

---

Ort, Datum

---

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

**Schriftliche Einwilligung gemäß Datenschutz**

Die im Vertrag angegebenen personenbezogenen Daten, insbesondere Name, Anschrift, Telefonnummer, die allein zum Zwecke der Durchführung der Therapie notwendig und erforderlich sind, werden auf Grundlage gesetzlicher Berechtigungen erhoben.

- Hiermit gestatte ich, Frau Kunadt und ihren Mitarbeitern, das Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte.

---

Ort, Datum

---

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

Für jede darüber hinausgehende Nutzung der personenbezogenen Daten und die Erhebung zusätzlicher Informationen bedarf es regelmäßig der Einwilligung des Betroffenen. Eine solche Einwilligung können Sie im Folgenden Abschnitt **freiwillig** erteilen.

### Einwilligung in die Datennutzung zu weiteren Zwecken

Wenn Sie mit den folgenden Nutzungszwecken einverstanden sind, unterschreiben Sie diese bitte entsprechend einzeln. Wollen Sie keine Einwilligung erteilen, lassen Sie die Felder bitte frei.

- Nutzung personenbezogener Daten über das Festnetz mit der Rufnummer:  
**0341-331093-2/3**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

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

- Nutzung personenbezogener Daten über das Mobiltelefon (Telefonat/ SMS) mit der Rufnummer:  
**01522-19 58 108**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

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

- Nutzung personenbezogener Daten zur Weiterleitung an Mitbehandler per Fax mit der Nummer:  
**0341-5910424**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

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

**Die Nutzung von WhatsApp ist grundsätzlich im therapeutischen Kontext nicht mehr gestattet und verstößt gegen die Vorgaben der Datenschutzvereinbarungen. Eine aktuelle Alternative ist der Messenger-Dienst Signal, da eine höhere Sicherheit/Verschlüsselung vom Anbieter gewährleistet wird.**

- Nutzung personenbezogener Daten über den Messenger-Dienst **Signal**.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

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

- Hiermit bestätige ich, dass mir die Patienteninformation zum Datenschutz ausgehändigt/zugestellt wurde.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

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