Einverständniserklärung zur

Anmeldung auf der Warteliste

(nach DSGVO Art. 6 Abs. 1 lit. a)

Praxis für Psychotherapie
Dr. Doris Wagner
Mörikeweg 4
88430 Rot

Ich,

_____
Vorname, Name

_____
Geburtsdatum

_____
Vorname, Name der/des gesetzlichen Vertreter:in (bei Minderjährigen)

_____
Straße, Hausnummer

_____
PLZ, Ort

_____ _____
Telefon (Festnetz) Handy

erkläre mich damit einverstanden, dass die oben genannten Daten zum Zweck der Anmeldung in der Praxis für Psychotherapie Dr. Doris Wagner gemäß DSGVO erhoben und gespeichert werden. Ich bin darüber informiert, dass ich diese Einwilligung jederzeit für die Zukunft widerrufen kann; eine kurze schriftliche Mitteilung genügt. Mir ist außerdem bewusst, dass die Praxis nach zwei erfolglosen Kontaktversuchen keine weiteren Versuche unternimmt, mich zu erreichen.

Termine kann ich zu folgenden Zeiten wahrnehmen (z.B. tgl. ab 16 Uhr, nur montags, jederzeit):

_____

_____

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift (Patient:in oder gesetzliche:r Vertreter:in)