

FREIWILLIGE EINWILLIGUNGEN

STAND: JULI 2026

Klient*in:

Pseudonymisierung:

Die folgenden Einwilligungen sind freiwillig. Sie können jede einzeln erteilen oder ablehnen. Soweit angegeben, können Sie Ihre Entscheidung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten finden Sie in den separaten Datenschutzhinweisen.

Kontaktmöglichkeiten

Über welche Wege dürfen wir Sie kontaktieren? Mit der Auswahl erkläre ich mich einverstanden, dass die Praxis mich über die ausgewählten Wege zu organisatorischen Anliegen (z. B. Terminabsprachen/Rückfragen) kontaktiert.

☐

Telefon

☐

Brief

☐

E-Mail

☐

Messenger

Terminerinnerungen

Ich möchte automatische Terminerinnerungen 24h vor Terminbeginn erhalten über:

☐

SMS

☐

E-Mail

Kontakt mit Familienmitgliedern

Terminänderungen oder organisatorische Informationen dürfen auch an Familienangehörige, gesetzliche Betreuer*innen oder von mir benannte Pflegepersonen weitergegeben werden, wenn ich nicht erreichbar bin.

☐

Ja

☐

Nein

Schweigepflichtsentbindung

Ich erlaube der Praxis, sich mit dem/der verordnenden Arzt*in fachlich über meine Therapie auszutauschen. Hierfür entbinde ich die Praxis gegenüber dem/der verordnenden Arzt*in von der Schweigepflicht. Der gesetzlich erforderliche organisatorische Austausch bleibt hiervon unberührt. Weitere Schweigepflichtentbindungen erfolgen ausschließlich über eine separate Schweigepflichtentbindung.

☐

Ja

☐

Nein

Foto- und Videoaufnahmen

Foto- und Videoaufnahmen dürfen nur zur Dokumentation und interner Fortbildung verwendet werden. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nicht. Abweichende Nutzungen bedürfen einer gesonderten schriftlichen Einwilligung.

☐

Ja, ich bin
einverstanden

☐

Nein, ich bin nicht
einverstanden.

Kinder

☐

Mein Kind darf allein zur Therapie kommen.

☐

Mein Kind darf nach der Therapie allein nach Hause gehen.

☐

Mein Kind darf den Erhalt der Therapie auf der ärztlichen Verordnung selbst unterschreiben (ab 7 Jahren).

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die freiwilligen Einwilligungen gelesen und meine Auswahl entsprechend getroffen zu haben.

Bensheim, den

UNTERSCHRIFT

KLIENT*IN ODER BETREUER*IN / ERZIEHUNGSBERECHTE*R