

Einwilligung zur Benachrichtigung über Absage von Therapiesitzung per SMS oder Anrufbeantworternachricht

Hiermit willige ich _____
(Name des/der Patient:in, Geb.-Datum und
ggf. der gesetzlichen Vertretung, Geb.-Datum)

ein, dass ich über Terminabsagen oder -änderungen einer Einzel und Gruppentherapiesitzung bei meinem/meiner

behandelnden Therapeut:in _____
(Name Psychotherapeut:in)

per SMS oder Anrufbeantworter-Nachricht informiert werden darf.

Meine Einwilligung erstreckt sich ohne meinen ausdrücklichen Widerruf über den gesamten Behandlungszeitraum innerhalb der Gemeinschaftspraxis Coach and Couch und endet mit Abschluss der Therapie.

Wichtiger Hinweis:

Die Beantwortung der SMS ist nicht gewünscht, da jegliche weitere Kommunikation ausschließlich im Rahmen der Therapiesitzung stattfinden muss. Weitere Absprachen können ausschließlich telefonisch oder vor Ort getroffen werden.

Ort, Datum

Ort, Datum

Unterschrift Patient:in

Psychotherapeut:in

Unterschrift gesetzliche Vertretung