



# PSYCHOTHERAPEUTISCHE PRAXIS FÜR KINDER & JUGENDLICHE

DR. NATALIA BLEIKER-BUTH

## Einwilligung zur Kontaktaufnahme

Sind Sie mit den folgenden Mitteln zur Kontaktaufnahme für Terminabsprachen einverstanden, kreuzen Sie diese bitte entsprechend an. Wollen Sie keine Einwilligung erteilen, lassen Sie die Felder bitte frei.

---

Name

---

Geburtstag

Ich willige ein, dass mich die Psychotherapeutische Praxis für Kinder- und Jugendliche  
Dr. Natalia Bleiker-Buth

**Bitte ankreuzen:**

per SMS

per WhatsApp

per E-Mail

per Anruf

zwecks Terminabsprache kontaktiert.

---

Telefonnr.

---

Mobilnr.

---

E-Mail-Adresse

Mir/uns ist bewusst, dass ich diese Einverständniserklärung widerrufen kann.

---

Ort, Datum, Unterschrift