



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