

## Einwilligung zur Kommunikation per E-Mail und Fax

bezüglich .....  
Name, Vorname des zu behandelnden Kindes bzw. der/des Jugendlichen, jungen Erwachsenen

Es besteht die Möglichkeit mit dem Kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Zentrum **kipz®**, Informationen und Daten per E-Mail und Fax auszutauschen. Der E-Mail-Verkehr wird im Wesentlichen für Terminabsprachen genutzt. **Sensible persönliche Daten werden ohne Ihr Einverständnis von uns nicht per E-Mail oder Fax versendet.**

- Ich wünsche dennoch mit der Praxis per E-Mail zu kommunizieren und bitte folgende E-Mail-Adresse zu nutzen

.....  
E-Mail-Adresse, Inhaber

- Ich wünsche die end-to-end Verschlüsselung über das System:

.....  
Hier dürfen auch weitergehende Informationen übermittelt werden.  
Bitte nutzen Sie folgende E-Mail-Adresse:

.....

- Ich wünsche mit der Praxis per Fax zu kommunizieren und bitte folgende Faxnummer zu nutzen:

.....  
Faxnummer, Inhaber

Über die prinzipielle Unsicherheit des E-Mailverkehrs und der Kommunikation per Fax wurde ich informiert. Ich wünsche dennoch per E-Mail/Fax zu kommunizieren. Diese Einwilligung kann ich jederzeit schriftlich zurücknehmen.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift aller Sorgeberechtigten

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift der/des zu behandelnden Jugendlichen **ab 17 Jahren**<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Art. 8 der DSGVO