

Lisa Lehmann  
Praxis für Kinder – und Jugendlichenpsychotherapie  
Wiesendamm 25, 22305 Hamburg  
T: 017626636029  
E: kontakt@kjp-lehmann.online

## **Ergänzung zum Behandlungsvertrag**

zwischen

---

Name und Anschrift des Patienten/der Patientin

und Lisa Lehmann, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin

Der Versand personenbezogener Daten durch unverschlüsselte E-Mails ist aus datenschutzrechtlichen Gründen grundsätzlich untersagt, sodass entsprechende Korrespondenz ausschließlich durch Postversand erfolgen kann, wenn nicht eine ausschließliche schriftliche Einwilligung durch den Patienten erteilt wird. Mit dieser Einverständniserklärung stimmen Sie dem Versand von Daten via E-Mail durch mich zu.

### **Ergänzende Einverständniserklärung zur E-Mail-Korrespondenz**

Ich bin mit der Korrespondenz bzw. der Zusendung von personenbezogenen- und Gesundheitsdaten per E-Mail an die nachstehend genannte E-Mail-Adresse einverstanden. Mir ist bekannt, dass die mir so zugesandten E-Mails personenbezogene Daten enthalten können.

Die Risiken, die mit dem Versand solcher E-Mails verbunden sind – insbesondere die unbefugte Kenntnisnahme und Verwertung durch Dritte – sind mir bewusst.

Dieses Einverständnis kann jederzeit widerrufen werden.

---

E-Mail-Adresse

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Patient/in (ggf. gesetzliche/r Vertreter/in)