

**Praxis für Psychotherapie  
Turnierstr. 7, 24939 Flensburg**

**Anne Struve-Schmidt  
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie -**

## **Informationen zur Kontaktaufnahme**

Zur Kommunikation mit der Praxis bitte ich/bitten wir

---

folgende Kontaktdaten zu nutzen:

Festnetz \_\_\_\_\_

Handy \_\_\_\_\_

Es besteht die Möglichkeit mit der Praxis auch digital zu kommunizieren. Diese Kommunikationswege werden im Wesentlichen für Terminabsprachen und andere organisatorische Abstimmungen genutzt. Sensible persönliche Daten werden nicht digital versendet.

Über die prinzipielle Unsicherheit der verschiedenen digitalen Kommunikationswege wurde ich/wurden wir informiert.

Ich bin/Wir sind mit der Nutzung folgender Kommunikationswege einverstanden:

SMS

E-Mail mit folgender E-Mail-Adresse  
\_\_\_\_\_

Diese Einwilligung kann ich/können wir jederzeit schriftlich zurücknehmen.

---

Datum, Ort

---

Unterschrift/en