

Einwilligungserklärung

Name/Vorname: _____ geb. am: _____

Wohnort: _____

**Hiermit willige ich in die Behandlung
in der Psychiatrisch Psychotherapeutischen Ambulanz Alsterdorf ein.**

Mir ist bekannt, dass ich jederzeit und ohne Angabe von Gründen meine Einwilligung zurückziehen kann (mündlich oder schriftlich), ohne dass mir daraus Nachteile entstehen.

Ich erkläre gleichzeitig, dass ich über die damit verbundene Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten und den Datenschutz hinreichend aufgeklärt wurde. Eine schriftliche Information zur Datenerhebung habe ich erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift (ggf. gesetzl. Vertreter)