

**Einwilligung zu Kommunikation mit der Praxis Dipl.-Psych. Judith-Angela Kallo, Münchenerstr. 46, 85368 Moosburg**

Hiermit erkläre ich, \_\_\_\_\_,  
Vorname, Name, Geburtsdatum

dass die Praxis Dipl.-Psych. Judith-Angela Kallo über folgende Kommunikationswege mit mir Kontakt aufnehmen darf:

1. Ich willige ein, dass die Praxis mir SMS schickt: ☐ ja ☐ nein

2. Ich willige ein, dass die Praxis auf die Mailbox meines Mobiltelefons spricht:  
☐ ja ☐ nein

Mobiltelefon-Nr.: \_\_\_\_\_

3. Ich willige ein, dass die Praxis mit mir per E-Mail kommunizieren darf: ☐ ja ☐ nein

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Ich nehme zur Kenntnis und bin damit einverstanden, dass der E-Mail-Kontakt zur Praxis nicht verschlüsselt erfolgt und sende Daten und Informationen per E-Mail auf eigene Gefahr. Ich bin damit einverstanden, von der Praxis eine Antwort per E-Mail zu erhalten, die ebenfalls nicht verschlüsselt gesendet wird.

Moosburg, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_