



Svenja Asmussen  
Kinder und Jugend Psychotherapie  
Musiktherapie

## Informationen zur Kontaktaufnahme

**Zur Kommunikation mit der Praxis bitte ich folgende Kontaktdaten zu nutzen:**

Festnetz privat

---

---

Festnetz dienstlich

---

---

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 informiert.

**Ich bin mit der Nutzung folgender Kommunikationswege einverstanden:**

E-Mail

---

---

---

Sonstiges

---

Diese Einwilligung kann ich jederzeit schriftlich zurücknehmen.

\_\_\_\_\_  
Ort/ Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Eltern/ Jugendliche:r