



Dr. med.
Anna SCHNÜRCH

Psychiatrische Privatpraxis
für Kinder, Jugendliche & Erwachsene

Bestätigung des Erhalts der Patienteninformation zum Datenschutz

Name, Vorname der/des Patient*in:

Geburtsdatum der/des Patient*in:

Hiermit bestätige ich, dass ich die Patienteninformation zum Datenschutz erhalten habe. Mir ist bekannt, dass ich das aktuelle Merkblatt auch jederzeit in der Praxis einsehen und dort mögliche Fragen klären kann.

Momentan habe ich zu dem Merkblatt keine weiteren Fragen.

Ort, Datum

Unterschrift(en)