

Erklärung zum Einverständnis mit Video- und Tonaufnahmen

Simone Lüpertz
Praxis für Kinder- und
Jugendlichenpsychotherapie
Leo-Wenke-Str. 2a
41462 Neuss



fon. 02131 599204
fax. 02131 599205
www.praxis-luepertz.de
info@praxis-luepertz.de
LANR: 722576969
BSNR: 246975700

Patientendaten und ggf. Daten des Sorgeberechtigten bzw. bevollmächtigten Vertreters

Name, Geburtsdatum und
Anschrift des Patienten:

ggf. Name und Anschrift des
Sorgeberechtigten bzw.
bevollmächtigten Vertreters:

Als Patient bzw. Sorgeberechtigter oder bevollmächtigter Vertreter des o.a. Patienten erkläre ich mich damit einverstanden, dass Sitzungen mit mir bzw. dem Patienten sowie dem Patienten und mir von Simone Lüpertz – Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin in Absprache (auch mit dem Patienten) in Bild und Ton per Video aufgezeichnet werden. Die Aufnahmen unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht und werden ausschließlich im Rahmen der Therapie zur Erreichung von Zielen verwendet.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten

ggf. Unterschrift des
Sorgeberechtigten bzw.
bevollmächtigten Vertreters