

Datenschutzrechtliche Einwilligung

zur Durchführung der Berufsaufsicht
gemäß den Artikeln 65, 36a ff. Heilberufe-Kammergesetz (HKaG)
durch die Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten
und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Vorname/ Name Patient/in: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Betrifft Beschwerde gegen folgende Psychotherapeutin / folgenden Psychotherapeuten:

Vorname/ Name: _____

Praxisadresse: _____

1. Ich bin damit einverstanden, dass die der Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten eine Kopie meines Beschwerdeschreibens an die oben genannte Psychotherapeutin / den oben genannten Psychotherapeuten übermittelt.

2. Ich willige in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten durch die Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Rahmen der Berufsaufsicht ein.

3. Mir ist bekannt, dass ich die erklärten Einwilligungen jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift