

Datenschutzrechtliche Einwilligung
zur Durchführung der Berufsaufsicht
gemäß den Artikeln 65, 36a ff. Heilberufe-Kammergesetz (HKaG)
durch die Psychotherapeutenkammer Bayern

Vorname, Name Patient*in: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Betrifft Beschwerde gegen folgende*n Psychotherapeut*in:

Vorname, Name: _____

Praxisadresse: _____

1. Ich bin damit einverstanden, dass die Psychotherapeutenkammer Bayern eine Kopie meines Beschwerdeschreibens an den*die oben genannte*n Psychotherapeut*in übermittelt.
2. Ich willige in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten durch die Psychotherapeutenkammer Bayern 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