



Videoaufzeichnungen

Hiermit erkläre ich mich mit Videoaufzeichnungen der Therapiestunden zwecks Archivierung und Supervision/Fallbesprechung einverstanden.

- Diese Aufzeichnungen dürfen auch zu Demonstrationszwecken genutzt werden.
(bei Zustimmung bitte ankreuzen)

Patient _____ geb. _____

Anschrift _____

Datum/Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter