



Christoph Frutiger
Praxis und Lernatelier Frutiger
Im Junkholz 40
4303 Kaiseraugst
tel: 079 294 98 05
therapie@frutiger-basel.ch

Patient:

Name/Vorname:

Geburtsdatum:

Strasse:

PLZ/ Wohnort:

Einverständniserklärung Videoaufzeichnung

Hiermit erlaube ich Christoph Frutiger Therapiesitzungen, in welchen ich anwesend bin, auf Video aufzuzeichnen, abzuspeichern und für die eigene Supervision zu verwenden. Ich wurde darüber informiert, dass die Videoaufzeichnung freiwillig ist und ich das Recht habe, jederzeit das Beenden der Videoaufzeichnung zu fordern.

Ort, Datum: _____

Name: _____

Unterschrift: _____

Name: _____

Unterschrift: _____

Name: _____

Unterschrift: _____

Name: _____

Unterschrift: _____

Name: _____

Unterschrift: _____

ev. Erziehungsberechtigte

Name: _____

Unterschrift: _____