

Name: \_\_\_\_\_  
(Patient)  
Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_

An

\_\_\_\_\_  
(Private Krankenversicherung)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**vorab per Fax**

Kopie an \_\_\_\_\_  
(Fax-Nr. der Heilmittelpraxis)

Ort/Datum \_\_\_\_\_

### **Antrag auf Durchführung der ärztlich verordneten Stimm-, Sprech-, Sprachtherapie als Videosprechstunde/Teletherapie**

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit stelle ich den Antrag, dass die für mich ärztlich verordneten Maßnahmen der Stimm-, Sprech-, Sprachtherapie als Teletherapie bzw. Videosprechstunde während der „Coronakrise“ durchgeführt werden kann. Die technischen Voraussetzungen dafür sind in meinem häuslichen Bereich vorhanden. Auch für gesetzlich Versicherte besteht derzeit diese Möglichkeit.

**Einer kurzfristigen Genehmigung/Kostenübernahmeerklärung sehe ich entgegen. Bei Ablehnung bitte ich um einen ordentlichen Bescheid.**

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift: \_\_\_\_\_  
(Patient\*in oder gesetzliche\*r Vertreter\*in)

Anlage: Kopie der Heilmittelverordnung

### **Bestätigung der Heilmittelpraxis**

Bei Herrn/Frau/Kind \_\_\_\_\_

geb. am \_\_\_\_\_

liegt ein Störungsbild vor, das grundsätzlich zur Behandlung mittels Teletherapie/Videosprechstunde geeignet ist. Die technischen Voraussetzungen für die Abgabe von Teletherapie/Videosprechstunden sind in meiner Praxis vorhanden.

Ort \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Praxisstempel

