

## Vereinbarung zwischen

---

Versicherter/Betreuungsperson, Geburtsdatum

## und der Praxis (Stempel)

Ausnahmsweise können derzeit bis zum 30.4.2020 Therapien über Video durchgeführt werden. Von den so durchgeführten Therapien werden keine Daten gespeichert oder veröffentlicht.

Die Bestätigung der durchgeführten Therapie kann auch auf elektronischem Weg erfolgen, z.B. per E-Mail an die Praxisemailadresse, oder diese wird auf einem separaten Blatt, z.B. einem Scan der Rückseite, durchgeführt.

## Die Nutzung von

---

Softwareanbieter

**als technische Voraussetzungen für die Abgabe von Teletherapie wird vereinbart.**

Ich stimme der Teletherapie wie oben vereinbart zu. Diese Zustimmung kann ich jederzeit mündlich, schriftlich oder elektronisch widerrufen.

---

Ort/Datum

Unterschriften