

Vereinbarung zur telemedizinischen Behandlung

Name:	Vorname:
Geb.datum:	Verordnungsdatum:
Anzahl/Heilmittel	

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, auf dem Weg der Telemedizin krankengymnastisch behandelt zu werden.

Hierfür dürfen sowohl das Telefon für die Beratung als auch Videoanrufe mittels der zertifizierten Software *sprechstunde.online* eingesetzt werden.

Telefonnummer:	Email-Adresse:
-----------------------	-----------------------

Diese Leistung wird von den gesetzlichen Krankenkassen im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie übernommen und ist über die krankengymnastische Heilmittelverordnung abrechenbar. Als Bestätigung der erbrachten Leistung wird vom Patienten auch eine elektronische Bestätigung akzeptiert.

Praxisstempel und Unterschrift	Unterschrift des Versicherten
Ort:	Datum: