

Vereinbarung zur telemedizinischen Behandlung

(Videobehandlung oder telefonische Beratungen (ohne Gewähr auf Korrektheit gem. DSGVO und andere))

Name: _____ Vorname: _____

Geb.datum: _____ Verordnung vom: _____

Anzahl / Heilmittel: _____

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

Hierfür darf für telefonische Beratung Telefon eingesetzt werden und für die Videobehandlungen solche Kommunikationsmittel wie z.B. WhatsApp-Videoanruf, Skype, ZOOM.US und sonstiges _____ E-Mail: _____

Diese Leistungen fallen zu Lasten der GKV (siehe Empfehlungen für den Heilmittelbereich aufgrund des Ausbruchs von SARS-CoV-2 (Corona) Stand 18.03.2020 / 18:00 Uhr, Abs. 8).

Der Nachweis über die erbrachte/empfangene Leistung kann auch in elektronischer Form geführt werden.

Praxisname u. Unterschrift	Unterschrift des Vorsprechers
Ort:	Datum: