

Einverständniserklärung Videobehandlung

Vorname: _____

Nachname: _____

Adresse: _____

Geburtsdatum: _____

Emailadresse: _____

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass im Zuge der Corona Risikovermeidung, meine Krankengymnastik
Atemtherapie
Ergotherapie

Behandlung durch die Praxis Serry für Physiotherapie und Ergotherapie im Rahmen meiner Heilmittelverordnung vom als sogenannte Videobehandlung durchgeführt wird.

Wählen Sie bitte Ihren bevorzugten Anbieter für die Videobehandlung aus:

Whatsapp Tel. _____

Appel Facetime Email: _____

Sprechstundeonline Tel. _____

Es ist mir bewusst, dass keinerlei Bild- oder Tonaufnahmen der Behandlung durchgeführt werden dürfen und die Behandlung auch nicht durch den Therapeuten aufgenommen wird.

Mir ist bewusst, dass mir hierfür keine zusätzlichen Kosten entstehen, ausgenommen der gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlung und meiner Telefon- bzw. Internetgebühren, und dass ich durch meine Unterschrift auf der Heilmittelverordnung (auch in Digitalform möglich) den Erhalt der Therapie bestätigen muss.

Datum: _____

Unterschrift: _____