LOGOPÄDIE · VERENA SCHWAGER
SPRACH-, SPRECH-, STIMM- & SCHLUCKTHERAPIE

Veit-Stoß-Str. 11
80687 München
T 089 24295252
F 089 24295253
www.logopädie-schwager.de
info@logopädie-schwager.de

Bestätigung des Versicherten über die erhaltenen Maßnahmen

zur Videobehandlung im Bereich der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie sowie der Schlucktherapie im Rahmen der Indikationsgruppe SCZ.

_____

Name und Anschrift der Patientin / des Patienten

Hiermit bestätige ich in die Erbringung von Therapieleistungen durch Videobehandlung.
Eine Einwilligungsbestätigung und Datenschutzbestimmung habe ich erhalten und zugestimmt.

Ich bestätige den Erhalt der o.g. Maßnahmen am

Datum	Unterschrift

Bestätigung erhalten am _____

_____ _____

Name, Vorname (Druckbuchstaben) *Unterschrift Patient/gesetzlicher Vertreter*