

# Vereinbarung zur Teletherapie zwischen

---

Patient / Betreuungsperson, Geburtsdatum

und

Logopädische Praxis T. Gehrig  
Am Kirchberg 13  
74889 Hoffenheim

Logopädische Therapie kann als telemedizinische Leistung durchgeführt werden. Eine Datenspeicherung erfolgt nicht, die Vorgaben der DSGVO werden eingehalten.

Die Bestätigung der durchgeführten Therapie erfolgt per E-Mail (Hiermit bestätige ich die telemedizinische Leistung am .....) an Ihre Therapeuten:

- logogehrig-ml@gmx.de (M. Littig)
- logogehrig-ah@gmx.de (A. Hautzinger)
- logopaedie-gehrig@gmx.de (T. Gehrig)

Über die Vor- und Nachteile einer Teletherapie bin ich unterrichtet worden. Diese habe ich zur Kenntnis genommen und bin damit einverstanden.

Die Nutzung von **WEBPRAX** ist technische Voraussetzung für den Erhalt einer Teletherapie. Der Empfang des Einladungs-Links erfolgt über die Firma Healthy Projects.

**Ich stimme der Teletherapie und wie oben vereinbart zu. Ich stimme zu, dass mir der Einladungs-Link zugesendet werden darf. Diese Zustimmung kann ich jederzeit mündlich, schriftlich oder auf elektronischem Weg widerrufen.**

---

Ort / Datum Unterschrift