



Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die ergotherapeutische
Behandlung von

-----, -----
(Patientenname) (Geburtsdatum)

auch in Form einer Tele-Medizin (per Telefonat oder per Videoschaltung)
möglich ist.

Köln, den

(Unterschrift des Patienten, bzw. des Bevollmächtigten)

