

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum



veovita



## Ärztliche / Therapeutische Bestätigung für Patienten der DAK-Gesundheit

Diagnose (ICD-Ziffer):

Hiermit bestätige ich, dass die Nutzung von deprexis® 24 für o.g. Patienten/in aus medizinischer/therapeutischer Sicht eine hilfreiche Ergänzung zu seiner/ihrer bestehenden ärztlichen/psychotherapeutischen Versorgung darstellt.

Bitte senden Sie o.g. Patienten/in einen Zugangsschlüssel zu deprexis® 24 zu.

- Ich bitte **zusätzlich** um eine fundierte psychologische/psychiatrische Abklärung und eine Mitbetreuung des/r o.g. Patienten/in durch Veovita. Bitte senden Sie mir den Konsilbericht zu.
- Ich interessiere mich für die Kooperationsmöglichkeiten mit Veovita. Bitte kontaktieren Sie mich.
- Ich bitte um weitergehende Informationen zur wissenschaftlichen Evidenz von deprexis® 24.  
(Hinweis: Informationen zu deprexis® 24 werden von der Firma Servier bereitgestellt, die das Produkt betreut.)

Praxisstempel, Datum, Unterschrift:

### ÜBERMITTELN SIE DIESE BESTÄTIGUNG BITTE:

- ▶ per Fax an: 040-349930-10
- ▶ oder per Post an: Veovita Gesundheit GmbH,  
Hans-Henny-Jahnn-Weg 53, 22085 Hamburg
- ▶ oder als Fotoscan an: [deprexis24@veovita.de](mailto:deprexis24@veovita.de)

### Weitere Informationen erhalten Sie unter:

der kostenlosen Rufnummer: 0800-3753987  
[www.veovita.de](http://www.veovita.de)  
[www.deprexis24.de](http://www.deprexis24.de)

### Patientenzustimmung

Ich (der o.g. Patient) bin damit einverstanden, dass mein Arzt die Angaben dieses Formulars, inkl. meiner Diagnose, zur Übermittlung des deprexis® 24 Zugangsschlüssels an Veovita weitergibt.

(Bitte unbedingt vollständig und gut lesbar ausfüllen)

E-Mail Adresse der/s Patienten/in:

Datum, Unterschrift: