

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



veovita

deprexis®

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

Diagnose (ICD-Ziffer):

Hiermit bestätige ich, dass die Nutzung von deprexis® 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® 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®.  
(Hinweis: Informationen zu deprexis® 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: deprexis@veovita.de

### Weitere Informationen erhalten Sie unter:

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

### Patientenzustimmung

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

(Bitte unbedingt vollständig und gut lesbar ausfüllen)

E-Mail Adresse der/s Patienten/in:

Datum, Unterschrift: