

Diagnosesicherung zur Nutzung von „memodio“

Angaben zur Versicherten

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

KVNR: _____

Bitte ankreuzen!

Die/Der o.g. Patientin leidet an:

- F06.7: leichte kognitive Störung
- F00.- - F03: milde Demenz

- Die vom Hersteller angegebenen Kontraindikationen/Ausschlusskriterien wurden geprüft und ausgeschlossen.
 - schwerer Ausprägungsgrad F00.- - F03 schwere Demenz
 - Pflegegrad 3 oder höher

weitere Ausschlusskriterien:

- a. Fehlen der Geschäftsfähigkeit
- b. Fehlende Fähigkeit, ein Smartphone regelmäßig selbstständig zu bedienen
- c. Vorliegen fortgeschrittener Herzerkrankungen, wie z.B. Herzinsuffizienz, Herzmuskelentzündungen oder Herzrhythmusstörungen
- d. Vorliegen starker Schwindelgefühle, Geh- und Standunsicherheiten
- e. Vorliegen muskuloskelettaler Erkrankungen, die eine sichere und schmerzfreie Ausführung der körperlichen Übungen der App verhindern
- f. Vorliegen von Verletzungen oder Schmerzen, die nicht ärztlich untersucht wurden
- g. Vorliegen von Sehstörungen, die trotz Sehhilfen das Erkennen von Sicherheitshinweisen in der App verhindern

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel der Praxis