

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



deprexis®

Ärztliche / Therapeutische Bestätigung für Patienten der VIActiv Krankenkasse und Patienteneinwilligung

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.

Unterschrift, Stempel

ÜBERMITTELN SIE DIESE BESTÄTIGUNG BITTE:

- ▶ per Fax an: 0234 479-1999
- ▶ oder per Post an: VIActiv Krankenkasse,
Zentraler Posteingang, 45064 Essen

Weitere Informationen erhalten Sie unter:

der kostenlosen Rufnummer: 0800 / 2221211

www.viactiv.de

www.de.deprexis.com

Patientenzustimmung

- ☐ Ich (der o.g. Patient) bin damit einverstanden, dass mein Arzt die Angaben dieses Formulars, insbesondere auch meinen Namen, mein Geburtsdatum, meine unten angegebene E-Mail-Adresse und die genannte Diagnose zur Übermittlung des deprexis® Zugangsschlüssels an die VIActiv Krankenkasse weitergibt.
- ☐ Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass die GAIA AG als Betreiberin von deprexis® meinen Aktivierungsstatus an die VIActiv Krankenkasse zur Auswertung und für administrative Zwecke weitergibt.

(Bitte unbedingt vollständig und gut lesbar ausfüllen)

E-Mail Adresse der/s Patienten/in:

Datum, Unterschrift des/der Patienten/in

► **HINWEIS:** DIESE SEITE IST NUR FÜR DEN BEHANDELNDEN ARZT BESTIMMT UND NICHT ZUR WEITERLEITUNG AN DIE KRANKENKASSE.

PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE (PHQ9)

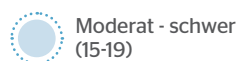
Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z. B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3

GESAMTWERT
Addition der
Spaltensummen

= + +

► **Dieser PHQ9-Test verweist auf eine Depression mit folgendem Ausprägungsgrad**

Ab einem Ausprägungswert von 5 wird die Verwendung von deprexis® durch die VIACTIV Krankenkasse empfohlen.



* **1** Meyer B et al. J Med Internet Res 2009; 11(2):e15. doi: 10.2196/jmir.1151. **2** Berger T et al. Cog Behav Ther 2011; 40: 251-266. **3** Moritz S et al. Behav Res Ther 2012; 50: 513-521. **4** Schröder J et al. Epilepsia 2014; 55: 2069-2076. **5** Meyer B et al. Internet Interventions 2015; 2: 48-59. **6** Fischer A et al. Lancet Psychiatry 2015; 2: 217-223. **7** Klein P et al. Psychother Psychosom 2016; 85:218-228. **8** Beevers, C.G., et al. J Consult Clin Psychol, 2017:367-380. **9** Zwerenz, R., et al. Psychother Psychosom, 2017:341-350. **10** Berger T, Krieger T, Sude K, Meyer B, et al. Journal of affective disorders. 2018; 227:455-62. **11** Gräfe V., Greiner W: Internet-based treatment of depressive symptoms – a health economic evaluation of costs and benefits, oral presentation, 6. Bayerischer Tag der Telemedizin 2018. **12** Fuhr K, Fahse B, Hautzinger M, Gulewitsch MD. Psychother Psychosom med Psychol. 2018; 68(6):234-41.