

## Empfehlung zur transkutanen Vagusnervstimulation mit NEMOS®

Hiermit empfehle ich

Frau/Herrn \_\_\_\_\_ ,

Anschrift \_\_\_\_\_ ,

Straße, Hs.-Nr.

PLZ

Ort

Telefon

E-mail

geboren am \_\_\_\_\_ , mit der

Diagnose \_\_\_\_\_

einen Therapieversuch mit der transkutanen Vagusnervstimulation durch NEMOS®. Die transkutane Vagusnervstimulation mit NEMOS® hat die europäische Zulassung (CE) zur Behandlung von Epilepsien.

Name (Arzt) \_\_\_\_\_

Adresse (Arzt) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Einverständniserklärung Arzt

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die tVNS Technologies GmbH, Ebrardstr. 31, 91054 Erlangen als verantwortliche Stelle meine oben genannten Daten erhebt, um zu prüfen, ob der Patient für die Therapie mit dem NEMOS® Therapiegerät geeignet ist.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel (Arzt)

### Einverständniserklärung Patient

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die tVNS Technologies GmbH, Ebrardstr. 31, 91054 Erlangen als verantwortliche Stelle meine oben genannten Daten erhebt, um zu prüfen, ob ich für die Therapie mit dem NEMOS® Therapiegerät geeignet bin.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (Patient)

Bitte senden Sie das Empfehlungsschreiben per E-mail oder Post an uns zurück. Vielen Dank.

tVNS Technologies GmbH

Ebrardstr. 31

91054 Erlangen

**E-Mail: [support@t-vns.com](mailto:support@t-vns.com)**