

Leistungsantrag für die Digitale Gesundheitsanwendung (DiGA) elevida

Name, Vorname

E-Mail Adresse

geboren am

Straße

Hausnr.

PLZ

Ort

Krankenkasse

Versichertennummer

Sehr geehrte Damen und Herren,

aufgrund der unten gestellten Diagnose bitte Ich Sie, mir einen entsprechenden 16-stelligen Freischaltcode für elevida zur Verfügung zu stellen.

Mit freundlichen Grüßen

Datum, Unterschrift

Von Patient:in auszufüllen.

Bestätigung der Indikation für die Digitale Gesundheitsanwendung elevida

Ich habe folgende Diagnose bei o.g. Patient:in gestellt:

Multiple Sklerose [Encephalomyelitis disseminata] (ICD-10 G35)

Die Kontraindikationen (F20 Schizophrenie, F23 Akute vorübergehende psychotische Störungen, F25 Schizoaffektive Störungen, F31 Bipolare affektive Störung sowie R45.8 Sonstige Symptome, die die Stimmung betreffen/ Suizidgedanken) liegen nicht vor.

Daher empfehle ich die Digitale Gesundheitsanwendung (DiGA):

elevida PZN 17161032

Nachname, Vorname des/der verordnenden Ärzt:in/Psychotherapeut:in

Datum, Stempel, Unterschrift

Von Ärzt:in/Psychotherapeut:in auszufüllen.

Erfahren Sie mehr darüber, wie **elevida** Ihnen helfen kann! Auf **www.elevida.de** oder über folgenden QR-Code:



Für alle weiteren Fragen stehen wir Ihnen gerne
per E-Mail zur Verfügung: **diga-team@gaia-group.com**

Wie geht es weiter?

Dieses Formular bei der Krankenkasse einreichen – Freischaltcode erhalten – Code auf **www.elevida.de** eingeben und los geht's!

Informationen für Patient:in