

Leistungsantrag für die Digitale Gesundheitsanwendung (DiGA) levidex

Name, Vorname

E-Mail Adresse

geboren am

Straße

Hausnr.

PLZ

Ort

Krankenkasse

Versichertennummer

Sehr geehrte Damen und Herren,

aufgrund der unten gestellten Diagnose beantrage ich die Erstattung der Kosten von 743,75€ (inkl. 19% Mwst.) für eine Lizenzdauer von 90 Tagen für die Digitale Gesundheitsanwendung levidex. Nach Ihrem positiven Bescheid wende ich mich gerne an den Hersteller der DiGA, um den Freischaltcode für levidex zu beantragen.

Mit freundlichen Grüßen

Datum, Unterschrift

Bestätigung der Indikation für die Digitale Gesundheitsanwendung levidex

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

G35 Multiple Sklerose [Encephalomyelitis disseminata]

Für diese DiGA bestehen keine medizinischen Kontraindikationen gemäß ICD-10.

Daher empfehle ich die Digitale Gesundheitsanwendung (DiGA):

levidex PZN 18467678

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

Datum, Stempel, Unterschrift

Erfahren Sie mehr darüber, wie **levidex** Ihnen helfen kann! Auf www.levidex.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.levidex.de eingeben und los geht's!