

Leistungsantrag für die Digitale Gesundheitsanwendung (DiGA) somnovia

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 somnovia zur Verfügung zu stellen.

Mit freundlichen Grüßen

Datum, Unterschrift

Von Patient:in auszufüllen.

Bestätigung der Indikation für die Digitale Gesundheitsanwendung somnovia

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

F51.0 (Nichtorganische Insomnie)

G47.0 (Ein- und Durchschlafstörungen)

Daher empfehle ich die Digitale Gesundheitsanwendung (DiGA):

somnovia PZN 19642882

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

Datum, Stempel, Unterschrift

Von Ärzt:in/Psychotherapeut:in auszufüllen.

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

Informationen für Patient:in