

## 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 beantrage ich die Erstattung der Kosten von 599,40€ (inkl. 19% Mwst.) für eine Lizenzdauer von 90 Tagen für die Digitale Gesundheitsanwendung somnovia. Nach Ihrem positiven Bescheid wende ich mich gerne an den Hersteller der DiGA, um den Freischaltcode für somnovia zu beantragen.

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](http://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](mailto:diga-team@gaia-group.com)



Wie geht es weiter?

Dieses Formular bei der Krankenkasse einreichen – Freischaltcode erhalten – Code auf [www.somnovia.de](http://www.somnovia.de) eingeben und los geht's!

Informationen für Patient:in