

Anfrage auf Kostenerstattung für eine Digitale Gesundheitsanwendung (DiGA) für

Name, Vorname des oder der Versicherten

geb. am

Sehr geehrte Damen und Herren,

bei dem oder der oben genannten Patient:in wurde eine

- Agoraphobie ohne Panikstörung** (ICD-10 F40.00)
- Agoraphobie mit Panikstörung** (ICD-10 F40.01)
- Soziale Phobie** (ICD-10 F40.1)
- Panikstörung** (ICD-10 F41.0)

diagnostiziert.

Die Invirto spezifischen Kontraindikationen, die im Detail im DiGA-Verzeichnis beim BfArM gelistet sind (<https://diga.bfarm.de/de/verzeichnis/300/fachkreise>), wurden konsiliarisch abgeklärt und liegen nicht vor.

Basierend auf dieser Indikation empfehle ich die Digitale Gesundheitsanwendung (DiGA)

Name der DiGA	PZN
<input type="checkbox"/> InvirtoAgora	17148043
<input type="checkbox"/> InvirtoSozial	17148066
<input type="checkbox"/> InvirtoPanik	17148072

zum Preis von 620 Euro (inkl. 19% MwSt.) für eine Lizenzdauer von einem Jahr nach Aktivierung des Zugangs. Die Kosten für das Programm werden bereits von allen gesetzlichen Krankenkassen übernommen. Bitte prüfen Sie, ob die Kosten auch von Ihrer Kasse rückerstattet werden können und bestätigen Sie dies Ihrem oder Ihrer Versicherten.

Bei Fragen zur DiGA wenden Sie sich bitte an therapie@sympatient.com .

Mit freundlichen Grüßen

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

Praxisstempel

Ort, Datum

Unterschrift