**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** |
|---|---|---|
| ☐ | Invirto Agora | **17148043** |
| ☐ | Invirto Sozial | **17148066** |
| ☐ | Invirto Panik | **17148072** |

zum Preis von 220 Euro (inkl. 19% MwSt.) für eine Lizenzdauer von 90 Tagen 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@invirto.de .

Mit freundlichen Grüßen

_____ _____

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

_____ _____

Ort, Datum | Unterschrift