

Leistungsantrag für die Digitale Gesundheitsanwendung (DiGA) elevida

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 743,45 € (inkl. 19% MwSt.) für eine Lizenzdauer von 90 Tagen für die Digitale Gesundheitsanwendung elevida. Nach Ihrem positiven Bescheid wende ich mich gerne an den Hersteller der DiGA, um den Freischaltcode für elevida zu beantragen.

Mit freundlichen Grüßen

Datum, Unterschrift

Bestätigung der Indikation für die Digitale Gesundheitsanwendung elevida

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

Multiple Sklerose [Encephalomyelitis disseminata] (ICD-10 G35)

Die Kontraindikationen (F20 Schizophrenie, F23 Akute vorübergehende psychotische Störungen, F25 Schizoaffektive Störungen, F31 Bipolare affektive Störung sowie R45.8 Sonstige Symptome, die die Stimmung betreffen/ Suizidgedanken) liegen nicht vor.

Daher empfehle ich die Digitale Gesundheitsanwendung (DiGA):

elevida PZN 17161032

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

Datum, Stempel, Unterschrift

Erfahren Sie mehr darüber, wie **elevida** Ihnen helfen kann! Auf **www.elevida.de** oder über folgenden QR-Code:

Nutzen Sie für Fragen auch gerne unsere kostenlose Service-Hotline: **0800 2753 987**
oder schreiben Sie uns eine E-Mail: **diga-team@gaia-group.com**



Wie geht es weiter?

Dieses Formular bei der Krankenkasse einreichen - Bestätigung der Kostenübernahme an **diga-team@gaia-group.com** schicken - Freischaltcode erhalten - Code auf **www.elevida.de** eingeben und los geht's!