

Leistungsantrag für die Digitale Gesundheitsanwendung (DiGA) vorvida

Name, Vorname

geboren am

Krankenkasse

Versichertennummer

Sehr geehrte Damen und Herren,

aufgrund der unten gestellten Diagnose bitte ich Sie, Ihrem/Ihrer Versicherten einen entsprechenden 16-stelligen Freischaltcode zur Verfügung zu stellen.

Mit freundlichen Grüßen

Datum, Unterschrift

Von Patient:in auszufüllen.

Bestätigung der Indikation für die Digitale Gesundheitsanwendung vorvida

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

Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Schädlicher Gebrauch (ICD-10 F10.1)

Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom (ICD-10 F10.2)

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

Daher empfehle ich die Digitale Gesundheitsanwendung (DiGA): **vorvida PZN 17506382**

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

Datum, Stempel, Unterschrift

Von Ärzt:in/Psychotherapeut:in auszufüllen.

Erfahren Sie mehr darüber, wie **vorvida** Ihnen helfen kann! Auf www.vorvida.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 – Freischaltcode erhalten – Code auf www.vorvida.de eingeben und los geht's!

Information für Patient:in