

Leistungsantrag für die Digitale Gesundheitsanwendung (DiGA) vorvida

Name, Vorname

E-Mail Adresse

geboren am

Straße

Hausnr.

PLZ

Ort

Krankenkasse

Versichertennummer

Sehr geehrte Damen und Herren,

aufgrund der unten gestellten Diagnose bitte Ich Sie, mir einen entsprechenden 16-stelligen Freischaltcode für vorvida zur Verfügung zu stellen.

Mit freundlichen Grüßen

Datum, Unterschrift

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

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

Datum, Stempel, Unterschrift

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

Für alle weiteren Fragen stehen wir Ihnen gerne
per E-Mail zur Verfügung: 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!