

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 beantrage ich die Erstattung der Kosten von 476,00 € (inkl. 19% MwSt.) für eine Lizenzdauer von 90 Tagen für die Digitale Gesundheitsanwendung vorvida. Nach Ihrem positiven Bescheid wende ich mich gerne an den Hersteller der DiGA, um den Freischaltcode für vorvida zu beantragen.

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:

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.vorvida.de** eingeben und los geht's!