Von Patient:in auszufüllen.

Leistungsantrag für die Digitale Gesundheitsanwendung (DiGA) somnovia

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 236,00€ (inkl. 19% Mwst.) für eine Lizenzdauer von 90 Tagen für die Digitale Gesundheitsanwendung somnovia. Nach Ihrem positiven Bescheid wende ich mich gerne an den Hersteller der DiGA, um den Freischaltcode für somnovia zu beantragen.

Mit freundlichen Grüßen

Datum, Unterschrift

Von Ärzt:in/Psychotherapeut:in auszufüllen.

Bestätigung der Indikation für die Digitale Gesundheitsanwendung somnovia

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

☐ **F51.0** (Nichtorganische Insomnie)

☐ **G47.0** (Ein- und Durchschlafstörungen)

Für diese DiGA bestehen keine medizinischen Kontraindikationen gemäß ICD-10.

Daher empfehle ich die Digitale Gesundheitsanwendung (DiGA):
somnovia PZN 19642882

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

Datum, Stempel, Unterschrift

Informationen für Patient:in

Erfahren Sie mehr darüber, wie **somnovia** Ihnen helfen kann! Auf **www.somnovia.com/de-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.somnovia.com/de-de** eingeben und los geht's!