

Leistungsantrag für die Digitale Gesundheitsanwendung (DiGA) velibra

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 velibra zur Verfügung zu stellen.

Mit freundlichen Grüßen

Datum, Unterschrift

Von Patient:in auszufüllen.

Bestätigung der Indikation für die Digitale Gesundheitsanwendung velibra

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

Agoraphobie: mit Panikstörung	(ICD-10 F40.01)
Panikstörung [episodisch paroxysmale Angst]	(ICD-10 F41.0)
Soziale Phobien	(ICD-10 F40.1)
Generalisierte Angststörung	(ICD-10 F41.1)

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):

velibra PZN 16879359

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

Datum, Stempel, Unterschrift

Von Ärzt:in/Psychotherapeut:in auszufüllen.

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

Informationen für Patient:in