

Antrag auf Kostenerstattung für eine Digitale Gesundheitsanwendung (DiGA)

Name, Vorname des oder der Versicherten

geb. am

Sehr geehrte Damen und Herren,

bei dem oder der oben genannten Patient:in wurde eine

- | | |
|---|-----------------|
| ☐ Agoraphobie ohne Panikstörung | (ICD-10 F40.00) |
| ☐ Agoraphobie mit Panikstörung | (ICD-10 F40.01) |
| ☐ Soziale Phobie | (ICD-10 F40.1) |
| ☐ Panikstörung | (ICD-10 F41.0) |

diagnostiziert.

Die Invirto spezifischen Kontraindikationen, die im Detail im DiGA-Verzeichnis beim BfArM gelistet sind (<https://diga.bfarm.de/de/verzeichnis/300/fachkreise>), wurden konsiliarisch abgeklärt und liegen nicht vor.

Basierend auf dieser Indikation empfehle ich die Digitale Gesundheitsanwendung (DiGA)

Name der DiGA	PZN
☐ Invirto Agora	19340997
☐ Invirto Sozial	19341005
☐ Invirto Panik	19341011

zum Preis von 220 Euro (inkl. 19% MwSt.) für eine Nutzungsdauer von 90 Tagen nach Aktivierung des Zugangs. Die Kosten für das Programm werden bereits von allen gesetzlichen Krankenkassen übernommen. Bitte prüfen Sie, ob die Kosten auch von Ihrer Kasse rückerstattet werden können und bestätigen Sie dies Ihrem oder Ihrer Versicherten.

Bei Fragen zur DiGA wenden Sie sich bitte an therapie@invirto.de.

Mit freundlichen Grüßen

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

Praxisstempel

Ort, Datum

Unterschrift