

Leistungsantrag für die Digitale Gesundheitsanwendung (DiGA) optimune

Name, Vorname

geboren am

Krankenkasse

Versichertennummer

Sehr geehrte Damen und Herren,

aufgrund der unten gestellten Diagnose beantrage ich die Erstattung der Kosten von 952,00€ (inkl. 19% Mwst.) für eine Lizenzdauer von 90 Tagen für die Digitale Gesundheitsanwendung optimune. Nach Ihrem positiven Bescheid wende ich mich gerne an den Hersteller der DiGA, um den Freischaltcode zu beantragen.

Mit freundlichen Grüßen

Datum, Unterschrift

Von Patient:in auszufüllen.

Bestätigung der Indikation für die Digitale Gesundheitsanwendung optimune

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

Bösartige Neubildung der Brustdrüse (Mammakarzinom)

C50.0 Brustwarze und Warzenhof

C50.4 Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse

C50.1 Zentraler Drüsenkörper der Brustdrüse

C50.5 Unterer äußerer Quadrant der Brustdrüse

C50.2 Oberer innerer Quadrant der Brustdrüse

C50.6 Recessus axillaris der Brustdrüse

C50.3 Unterer innerer Quadrant der Brustdrüse

C50.8 Brustdrüse mehrere Teilbereiche überlappend

Die Patientin hat ihre Erstbehandlung bereits abgeschlossen.

Daher empfehle ich die Digitale Gesundheitsanwendung (DiGA): **optimune PZN 18227709**

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

Datum, Stempel, Unterschrift

Von Ärzt:in/Psychotherapeut:in auszufüllen.

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

Information für Patient:in