

## Leistungsantrag für die Digitale Gesundheitsanwendung (DiGA) levidex

---

Name, Vorname

---

geboren am

---

Krankenkasse

---

Versichertennummer

Sehr geehrte Damen und Herren,

aufgrund der unten gestellten Diagnose bitte ich Sie, mir einen entsprechenden 16-stelligen Freischaltcode zur Verfügung zu stellen.

Mit freundlichen Grüßen

---

Datum, Unterschrift

Von Patient:in auszufüllen.

## Bestätigung der Indikation für die Digitale Gesundheitsanwendung levidex

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

G35 Multiple Sklerose [Encephalomyelitis disseminata]

G04.8 Sonstige Enzephalitis, Myelitis und Enzephalomyelitis

G37.8 Sonstige näher bezeichnete demyelinisierende Krankheiten des Zentralnervensystems

Daher empfehle ich die Digitale Gesundheitsanwendung (DiGA): **levidex PZN 18467678**

---

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

Datum, Stempel, Unterschrift

Von Ärzt:in/Psychotherapeut:in auszufüllen.

Erfahren Sie mehr darüber, wie **levidex** Ihnen helfen kann! Auf [www.levidex.de](http://www.levidex.de) oder über folgenden QR-Code:

Nutzen Sie für Fragen auch gerne unsere kostenlose Service-Hotline: **0800 3398 723**  
oder schreiben Sie uns eine E-Mail: [diga-team@gaia-group.com](mailto:diga-team@gaia-group.com)



Wie geht es weiter?

Dieses Formular bei der Krankenkasse einreichen - Bestätigung der Kostenübernahme an [diga-team@gaia-group.com](mailto:diga-team@gaia-group.com) schicken - Freischaltcode erhalten - Code auf [www.levidex.de](http://www.levidex.de) eingeben und los geht's!

Informationen für Patient:in