

Leistungsantrag für die Digitale Gesundheitsanwendung (DiGA) levidex

Name, Vorname

geboren am

Krankenkasse

Versichertennummer

Sehr geehrte Damen und Herren,

aufgrund der unten gestellten Diagnose beantrage ich die Erstattung der Kosten von 2.077,40€ (inkl. 19% Mwst.) für eine Lizenzdauer von 365 Tagen für die Digitale Gesundheitsanwendung levidex. 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 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 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



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.levidex.de eingeben und los geht's!

Informationen für Patient:in