**Bestätigung der Indikation für eine Digitale Gesundheitsanwendung für**

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,  Name, Vorname des/der Versicherten | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  geb. am |

Sehr geehrte Damen und Herren,

bei dem/der o.g. Patient:in wurde eine

**Nichtorganische Insomnie (ICD-10 F51.0)**

diagnostiziert. Die Kontraindikationen (F31: Bipolare affektive Störung und G40: Epilepsie) liegen nicht vor. Daher verordne ich die Digitale Gesundheitsanwendung (DiGA)

**somnio (PZN 16898724).**

Ich bitte Sie, Ihrem/Ihrer Versicherten einen entsprechenden Zugang zur Verfügung zu stellen.

Bei Fragen zur DiGA wenden Sie sich an [medical@mementor.de](mailto:medical@mementor.de).

Freundliche Grüße

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ort, Datum | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Unterschrift |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Name, Vorname des verordnenden ärztlichen/psychotherapeutischen Personals | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Institution/Praxis, Stempel |