**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.

Freundliche Grüße

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ort, Datum | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Unterschrift |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Name, Vorname des verordnenden ärztlichen/psychotherapeutischen Personals | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Institution/Praxis, Stempel |