**Anfrage Kostenerstattung 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. Basierend auf dieser Indikation empfehle ich die Digitale Gesundheitsanwendung (DiGA)

**somnio (PZN 16898724)**

zum Preis von464,00 €(inkl. 19% MwSt.) für eine Lizenzdauer von 90 Tagen nach Zugangsaktivierung. Von allen Gesetzlichen Krankenkassen werden die Kosten des Programms bereits übernommen. Bitte prüfen Sie, ob die Kosten auch von Ihrer Kasse rückerstattet werden können und bestätigen Sie dies Ihrem/Ihrer Versicherten.

Bei Fragen zur DiGA konsultieren Sie bitte die Website [www.somn.io](http://www.somn.io/) oder wenden sich per E-Mail an [medical@mementor.de](mailto:medical@mementor.de).

Freundliche Grüße

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ort, Datum | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Unterschrift |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Name, Vorname des/der verordnenden Arztes/Ärztin bzw. Psychotherapeut:in | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Institution/Praxis, Stempel |