**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 die folgende Diagnose vergeben:

**ICD-10 E10: Diabetes mellitus Typ 1**

oder

**ICD-10 E11: Diabetes mellitus, Typ 2**

Die Kontraindikationen Suizidalität sowie die Abwesenheit depressiver Beschwerden

können ausgeschlossen werden.

Basierend auf dieser Indikation empfehle ich die Digitale Gesundheitsanwendung (DiGA)

**HelloBetter Diabetes und Depression**

**PZN 17937797**

mit einer 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.hellobetter.de](http://www.hellobetter.de) oder wenden sich per E-Mail an fachpublikum@hellobetter.de.

Freundliche Grüße

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