

## Leistungsantrag für die Digitale Gesundheitsanwendung (DiGA) somnovia

Name, Vorname

E-Mail Adresse

geboren am

Straße

Hausnr.

PLZ

Ort

Krankenkasse

Versichertennummer

Sehr geehrte Damen und Herren,

aufgrund der unten gestellten Diagnose bitte Ich Sie, mir einen entsprechenden 16-stelligen Freischaltcode für somnovia zur Verfügung zu stellen.

Mit freundlichen Grüßen

Datum, Unterschrift

Von Patient:in auszufüllen.

## Bestätigung der Indikation für die Digitale Gesundheitsanwendung somnovia

Ich habe folgende Diagnose bei o.g. Patient:in gestellt:

**F51.0** (Nichtorganische Insomnie)

**G47.0** (Ein- und Durchschlafstörungen)

Daher empfehle ich die Digitale Gesundheitsanwendung (DiGA):

**somnovia PZN 19642882**

Nachname, Vorname des/der verordnenden Ärzt:in/Psychotherapeut:in

Datum, Stempel, Unterschrift

Von Ärzt:in/Psychotherapeut:in auszufüllen.

Erfahren Sie mehr darüber, wie **somnovia** Ihnen helfen kann! Auf [www.somnovia.de](http://www.somnovia.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](mailto:diga-team@gaia-group.com)



Wie geht es weiter?

Dieses Formular bei der Krankenkasse einreichen – Freischaltcode erhalten – Code auf [www.somnovia.de](http://www.somnovia.de) eingeben und los geht's!

Informationen für Patient:in