PRiOVi

Von Patient:in auszufüllen.

Leistungsantrag für die Digitale Gesundheitsanwendung (DiGA) priovi

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 priovi zur Verfügung zu stellen.

Mit freundlichen Grüßen

Datum, Unterschrift

Von Ärzt:in/Psychotherapeut:in auszufüllen.

Bestätigung der Indikation für die Digitale Gesundheitsanwendung priovi

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

☐ **F60.31** (Emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Borderline-Typ)

Für diese DiGA bestehen keine medizinischen Kontraindikationen gemäß ICD-10.

Daher empfehle ich die Digitale Gesundheitsanwendung (DiGA):
priovi PZN 18704486

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

Datum, Stempel, Unterschrift

Informationen für Patient:in

Erfahren Sie mehr darüber, wie **priovi** Ihnen helfen kann! Auf **www.priovi.de** oder über folgenden QR-Code:

Für alle weiteren Fragen stehen wir Ihnen gerne
per E-Mail zur Verfügung: **diga-team@gaia-group.com**

Wie geht es weiter?

Dieses Formular bei der Krankenkasse einreichen – Freischaltcode erhalten – Code auf **www.priovi.de** eingeben und los geht's!