

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 folgendes diagnostiziert (bitte eine Diagnose ankreuzen):

- Ein- und Durchschlafstörungen (G47.0)**
- Nichtorganische Insomnie (F51.0)**

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