

Leistungsantrag für die Digitale Gesundheitsanwendung (DiGA) ORIKO®

Von Patient:in auszufüllen

Angaben der Patient:in:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

E-Mail-Adresse

Krankenkasse

Versicherungsnummer

Sehr geehrte Damen und Herren,

aufgrund der unten gestellten Diagnose beantrage ich die Erstattung der Kosten von 441,00 € (inkl. MwSt.) für eine Lizenzdauer von 90 Tagen für die Digitale Gesundheitsanwendung ORIKO® (PZN: 20053263). Nach Ihrem positiven Bescheid wende ich mich an den Hersteller, um den Freischaltcode für ORIKO® zu beantragen.

Mit freundlichen Grüßen,

Datum

Unterschrift

Von Behandler:in auszufüllen

Bestätigung der Indikation für die Digitale Gesundheitsanwendung ORIKO® (PZN: 20053263)

Hiermit bestätige ich, dass bei o.g. Patient:in folgende Diagnose gestellt wurde:

F90.0 – Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ADHS)

Datum

Unterschrift Ärzt:in/Psychotherapeut:in

Stempel/Anschrift

Weitere Informationen zur DiGA ORIKO®

Erfahren Sie mehr zu ORIKO® und der Digitalen Therapie für Erwachsene mit ADHS auf www.ORIKO-Adhs.de.

Kontakt: info@oriko-adhs.de oder 0800/295 3333 (gebührenfrei)

