|  |  |
| --- | --- |
| [*Name und* *Adresse Krankenversicherung*] | *[Name,* *Adresse: Straße, Hausnummer,* *PLZ, Ort*]Telefonnummer: *[•]*E-Mail-Adresse: *[•]*Geburtsdatum: *[•]*Versichertennummer*: [•]* |
| **DiGA "Endo-App"****Bitte um Ausstellung eines Zugangscodes**  | [*Datum*] |

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit bitte ich Sie um schnellstmögliche Ausstellung eines Zugangscodes für die digitale Gesundheitsanwendung (DiGA) "Endo-App".

Gemäß §33a SGB V haben Versicherte einen Rechtsanspruch auf die Nutzung einer Digitalen Gesundheitsanwendung, sofern diese im entsprechenden Verzeichnis nach §139e SGB V gelistet ist und entweder eine ärztliche/psychotherapeutische Verordnung der DiGA besteht, oder die Versicherte der Krankenkasse den Nachweis der medizinischen Indikation vorlegt – hier "Endometriose". Eine ärztliche Verordnung ist im letzteren Fall nicht erforderlich (vgl. hierzu auch die Infografik „Weg B“ unter <https://diga.bfarm.de/de/leistungserbringer>).

Da diese Voraussetzungen bei mir vorliegen, habe ich Anspruch auf die Ausstellung eines Codes. Sie können *[den Ihnen bereits vorliegenden Krankenunterlagen sowie]* dem beigefügten medizinischen Nachweis entnehmen, dass ich nach ärztlicher Diagnose an Endometriose erkrankt bin. Da es sich um eine chronische Erkrankung handelt, ist unerheblich, wann diese Diagnose gestellt wurde. Um mich bei dieser Erkrankung zu unterstützen, beantrage ich, mir die Nutzung der "Endo-App" zu genehmigen.

Kontraindikationen gibt es nicht. Ich verweise insoweit auf die Informationen zur DiGA im DiGA-Verzeichnis des BfArM, abrufbar unter <https://diga.bfarm.de/de/verzeichnis/1734/fachkreise>. Dort heißt es: "Für diese DiGA bestehen laut Hersteller keine medizinischen Kontraindikationen gemäß ICD-10".

Vor diesem Hintergrund bitte ich um Genehmigung der DiGA-Anwendung und Übersendung eines Zugangscodes für die Nutzung der DiGA.

Mit freundlichen Grüßen

[*Unterschrift Patientin*]

[*Vor- und Zuname Patientin*]