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

Sehr geehrte Damen und Herren,

bereits mit Schreiben vom [Datum] habe ich die schnellstmögliche Ausstellung eines Zugangscodes für die digitale Gesundheitsanwendung (DiGA) "Endo-App" beantragt.

Leider habe ich bis heute keine Rückmeldung dazu erhalten.

Wie schon begründet, liegen bei mir die erforderlichen Voraussetzungen für einen Zugangscode vor:

Gemäß §33a SGB V habe ich 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>).

Diese Voraussetzungen liegen bei mir vor. Den Nachweis der Indikation Endometriose, für die die DiGA Endo-App vorgesehen ist, habe ich Ihnen bereits übersendet. Da es sich um eine chronische Erkrankung handelt, ist unerheblich, wann diese Diagnose gestellt wurde. Ein Rezept ist somit nicht erforderlich.

*[Optional, sofern die Patientin doch bereits eine ärztliche Verordnung erhalten hat, den obigen Satz streichen und stattdessen schreiben:* Die DiGA Endo-App wurde mir ärztlich verordnet. Das Rezept habe ich bei Ihnen bereits eingereicht.]

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 sind Sie verpflichtet, mir die Anwendung der DiGA zu genehmigen und mir einen Zugangscode zur DiGA "Endo-App" zu übermitteln.

Ich fordere Sie daher hiermit erneut auf, mir den Code spätestens bis zum [Datum, einwöchige Frist] zu übersenden. Ich behalte mir sonst weitere Schritte wie beispielsweise eine Beschwerde bei der entsprechenden Aufsichtsstelle (BAS bzw. Landesaufsicht) vor.

Mit freundlichen Grüßen

[*Unterschrift Patientin*]

[*Vor- und Zuname Patientin*]