|  |  |
| --- | --- |
| [*Name und* *Adresse Krankenversicherung*] | *[Name,* *Adresse: Straße, Hausnummer,* *PLZ, Ort*]Telefonnummer: *[•]*E-Mail-Adresse: *[•]*Geburtsdatum: *[•]*Versichertennummer*: [•]* |
| **Anfrage zur KostenerstattungDiGA "Endo-App"** | [*Datum*] |

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich bin bei Ihnen privat versichert und leide unter Endometriose (N80.0 bis N80.9).

Hiermit bitte ich um Bestätigung, dass Sie die Kosten der Digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA)  „Endo-App“ übernehmen.

Die Endo-App ist beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) als DiGA gelistet und zertifiziert (PZN: 18355726, DIGA: 01734001).

Ich bitte um kurzfristige Rückmeldung.

Herzlichen Dank und freundliche Grüße