

**Anfrage Kostenerstattung: Digitale Gesundheitsanwendung (DiGA) für**

---

Name, Vorname des:der Versicherten

geboren am

Sehr geehrte Damen und Herren, bei dem:der o.g. Patient:in wurde folgende psychische Störung diagnostiziert:

- Leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0)
- Mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1)
- Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2)
- Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0)
- Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1)
- Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2)
- Dysthymia (ICD-10 F34.1)

Folgende Kontraindikationen liegen *nicht* vor:

F20 Schizophrenie; F21 Schizotype Störung; F22 Anhaltende wahnhafte Störungen; F23 Akute vorübergehende psychotische Störungen; F24 Induzierte wahnhafte Störung; F25 Schizoaffektive Störungen; F28 Sonstige nichtorganische psychotische Störungen; F29 Nicht näher bezeichnete nichtorganische Psychose; F30 Manische Episode; F31 Bipolare affektive Störung, F32.3 Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen; F33.3 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen; akutes suizidale Risiko

Daher empfehle ich zur Begleitung der ambulanten Psychotherapie die Digitale Gesundheitsanwendung (DiGA)

**elona therapy: Depression**

**PZN: 18458314**

zum Preis von **229,50 € €** (inkl. 19% MwSt.) für eine Lizenzdauer von 90 Tagen nach Aktivierung des Zugangs. Gesetzliche Krankenkassen übernehmen die Kosten des Programms bereits. Bitte prüfen Sie, ob die Kosten auch von Ihrer Kasse übernommen werden und teilen Sie dies Ihrem/Ihrer Versicherten mit.

Bei Fragen zur DiGA wenden Sie sich an: **support@elona.app** oder konsultieren Sie die Elona Health-Webseite: <https://www.elona.health/> bzw. die BfArM-Webseite: <https://diga.bfarm.de/de/verzeichnis/01254>

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des:der verordnenden  
Arzt:in/Psychotherapeut:in

---

Name, Vorname des:der verordnenden  
Arzt:in/Psychotherapeut:in

---

Praxisstempel