

Bestätigung der Indikation für eine 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 (ICD10 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)

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; F31.0 Bipolare affektive Störung, gegenwärtig hypomanische Episode, F31.1 Bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode ohne psychotische Symptome, F31.2 Bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode mit psychotischen Symptomen, F31.5 Bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen, F31.6 Bipolare affektive Störung, gegenwärtig gemischte Episode, F31.8 Sonstige bipolare affektive Störungen, F31.9 Bipolare affektive Störung, nicht näher bezeichnet, 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 die Digitale Gesundheitsanwendung (DiGA)

elona explore – für die mentale Gesundheit

PZN: 19822147

Ich bitte Sie, Ihrem:Ihrer Versicherten einen entsprechenden 16-stelligen Freischaltcode zur Verfügung zu stellen.

Bei Fragen zur DiGA wenden Sie sich an: **support@elona.app**

Ort, Datum

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

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

Praxisstempel (LANR, BSNR)