

Bestätigung der medizinischen Indikation für die Genehmigung einer Digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) für

Name, Vorname des:der Versicherten

geboren am

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)

Daher ist eine Behandlung mit der Digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA)

elona therapy Depression
PZN: 18458314

medizinisch indiziert. elona therapy ist aufgrund des Blended-Care-Behandlungskonzepts besonders geeignet, da die DiGA speziell für die begleitete Anwendung im Rahmen einer Psychotherapie entwickelt wurde. Im Gegensatz zu Selbsthilfeangeboten werden bei elona therapy digitale verhaltenstherapeutische Interventionen strukturiert mit der persönlichen Psychotherapie verzahnt. Die kontinuierliche Einbindung des Behandlers ermöglicht eine individuelle Begleitung, gemeinsame Auswertung und Anpassung der Behandlung und unterstützt den Transfer therapeutischer Strategien in den Alltag. Dieses Versorgungskonzept ist in dieser Form einzigartig unter den derzeit verfügbaren DiGA für Depression und begründet die medizinische Indikation von elona therapy.

Kontraindikationen sowie Ausschlusskriterien gemäß den Vorgaben des DiGA-Verzeichnisses wurden geprüft und ausgeschlossen. Dazu zählen: Psychotische Störungen (ICD-10 F20–F29), manische oder bipolare Episoden (ICD-10 F30, F31.0–F31.9) sowie schwere depressive Episoden mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F32.3, F33.3). Es besteht kein akutes suizidales Risiko.

Ich bitte Sie, Ihrem/Ihrer Versicherten einen entsprechenden 16-stelligen Freischaltcode ausschließlich dieser DiGA zur Verfügung zu stellen.

Ort, Datum

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

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

Praxis bzw. Einrichtung, Stempel