Krankenkasse bzw. Kostenträger:	
Name, Vorname des Versicherten:	
Versichertennummer:	**geb. am:**



Antrag auf Kostenerstattung für die Digitale Gesundheitsanwendung (DiGA)

„**Meine Tinnitus App**“ *(PZN: 18053770)*

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass für den o.g. Patienten der Einsatz der digitalen Gesundheitsanwendung „Meine Tinnitus App“ aus medizinischen Zwecken eine förderliche Ergänzung der bestehenden Versorgung darstellt.

✓ „Meine Tinnitus App“ ist eine dauerhaft zugelassene DiGA, geprüft durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM).

✓ Ziel der App: Reduktion der Tinnitus-Belastung und Steigerung der Lebensqualität.

✓ Folgt als CE-gekennzeichnetes Medizinprodukt den neuesten Ansätzen.

✓ Für 99% der Tinnitus-Patienten geeignet:

- Für Tinnitus-Patienten mit subjektivem Tinnitus (Diagnose H93.1)
- Konkrete Maßnahmen und etablierte Techniken verhelfen zu einer Reduktion der Tinnitus-Belastung
- Als Therapiegrundlage empfohlen
- Als Anschlussangebot zur Stabilisierung nach ambulanter/stationärer Therapie

✓ Der Behandlungsplan wird individuell an den Patienten angepasst und in Lektionen über 10 Wochen absolviert.

✓ Der Zugang zu den Programminhalten ist für 12 Monate möglich.

✓ Der Preis beträgt 260 EUR (inkl. 19% MwSt.).

Stempel Arzt / Unterschrift Arzt:

Meine Tinnitus App wird betrieben für:
InfectoPharm Digital Health GmbH, Neuer Kamp 30, 20357 Hamburg

Hersteller der DiGA:
BAYOOCARE GmbH, Europaplatz 5, D-64293 Darmstadt

Bitte übersenden Sie mir (o.g. Patient) eine Übernahme bzw. Stellungnahme zur Kostenübernahme für die digitale Gesundheitsanwendung **„Meine Tinnitus App“** (PZN: 18053770).

Ort, Datum	Unterschrift Patient

[1] https://diga.bfarm.de/de/verzeichnis/01496/fachkreise