

Krankenkasse/Kostenträger:	
Name, Vorname des Versicherten:	geb. am:
Versichertennr.:	

**Antrag auf Kostenerstattung für die digitale Gesundheitsanwendung (DiGA)
„Meine Tinnitus App“ (PZN:18053770)
ICD-Diagnose: H93.1**

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

- ✓ Meine Tinnitus App ist eine durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte geprüfte DiGA
- ✓ Ziel der Therapie ist die Reduktion der Tinnitus-Belastung
- ✓ Folgt als CE-gekennzeichnetes Medizinprodukt den neuesten therapeutischen 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 begleitende Ergänzung und Unterstützung von Therapien
 - Als Anschlussangebot zur Stabilisierung nach ambulanter/stationärer Therapie
- ✓ Der Therapieplan wird individuell an den Patienten angepasst und in Lektionen über 10 Wochen absolviert
- ✓ Der Zugang zu den Programminhalten ist weitere 12 Monate möglich
- ✓ Der Preis beträgt 449 € (inkl. 19% MwSt.)

Stempel Arzt

Hersteller der DiGA:
Sonormed GmbH,
Neuer Kamp 30
22089 Hamburg

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
