

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



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“ und 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
- ✓ Ziel der App ist die 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

Meine Tinnitus App wird betrieben für Sonormed GmbH, Neuer Kamp 30, 20357 Hamburg

Hersteller der DiGA:
BAYOOCARE GmbH, Europaplatz 5, D-642936 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>