

## Bestätigung der Indikation für eine Digitale Gesundheitsanwendung (DiGA) für

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des:der Versicherten

\_\_\_\_\_  
geboren am

Sehr geehrte Damen und Herren,

bei der o.g. Patient:in wurde eine

**Agoraphobie (ICD-10 F40.0)**

**Panikstörung [episodisch paroxysmale Angst] (ICD-10 F41.0)**

diagnostiziert.

Die Kontraindikationen (Schizophrenie und Wahn (F20-24, F28, F29); Bipolare affektive Störung (F31); Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (F32.3); Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen (F33.3); Akute Intoxikation (F10.0 - F17.0); Suizidalität und Suizidversuch) liegen nicht vor.

Daher verordne ich die Digitale Gesundheitsanwendung (DiGA)

**Mindable: Panikstörung und Agoraphobie  
PZN 17454202**

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

Bei Fragen zur DiGA wenden Sie sich an [fachkreise@mindable.health](mailto:fachkreise@mindable.health)

Mit besten Grüßen

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname der verordnenden Ärzt:in/  
Psychotherapeut:in

\_\_\_\_\_  
Praxis Stempel