

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); 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

Mit besten Grüßen

Ort, Datum

Unterschrift

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

Praxis Stempel