

## Anfrage Kostenerstattung Digitale Gesundheitsanwendung (DiGA) für

---

Name, Vorname des/der Versicherten                      geboren am

Sehr geehrte Damen und Herren,

bei dem: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 empfehle ich die Digitale Gesundheitsanwendung (DiGA)

**Mindable: Panikstörung und Agoraphobie**  
**PZN 17454202**

zum Preis von 576,00 € (inkl. 19% MwSt.) für eine Lizenzdauer von 90 Tagen nach Aktivierung des Zugangs. Gesetzlichen Krankenkassen übernehmen die Kosten des Programms bereits. Bitte prüfen Sie, ob die Kosten auch von Ihrer Kasse rückerstattet werden können und teilen Sie dies Ihrem/Ihrer Versicherten mit.

Bei Fragen zur DiGA wenden Sie sich an [fachkreise@mindable.health](mailto:fachkreise@mindable.health)  
Oder konsultiere Sie die Mindable-Webseite [www.mindable.health](http://www.mindable.health).

Mit besten Grüßen

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

---

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

---

Praxis Stempel