

Adresse des/der Versicherten:

---

---

---

An die Krankenkasse:

---

---

---

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

**Betreff: Bitte um Zusendung eines Freischaltcodes  
für die DiGA ViViRA**

Sehr geehrte Damen und Herren,

meine Versicherten-Nummer lautet: \_\_\_\_\_

Anbei übersende ich Ihnen mein ärztliches Rezept für die Digitale Gesundheitsanwendung ViViRA mit der Bitte um Zusendung eines Freischaltcodes.

Herzlichen Dank und viele Grüße,

---

Unterschrift