

Adresse des Versicherten:

An die Krankenkasse:

Ort und Datum: _____

Betreff: Bitte um Zusendung eines Freischaltcodes für die DiGA Vivira

Sehr geehrte Damen und Herren,

meine Versicherten-Nummer lautet _____.

Bei mir liegt folgende Diagnose vor:
(Bitte zutreffendes Kästchen ankreuzen)

- Rückenschmerzen oder Arthrose der Wirbelsäule**
(ICD 10 M53.2, M53.8, M53.9, M54.5, M54.6, M54.8, M54.9, M99.02, M99.03, M99.04, M99.82, M99.83, M99.84, M99.92, M99.93, M99.94, M42.0-, M42.1-, M.42.9-)
- Knieschmerzen oder Arthrose des Knies**
(ICD 10 M17.0, M17.1, M17.2, M17.3, M17.4, M17.5, M17.9, M99.86, M99.96, M25.56, M25.86, M25.96)
- Hüftschmerzen oder Arthrose der Hüfte**
(ICD 10 M16.0, M16.1, M16.2, M16.3, M16.4, M.16.5, M16.6, M16.7, M16.9, M99.85, M99.86, M99.95, M99.96, M25.55, M25.85, M25.95)

Den Nachweis der Diagnose finden Sie im Anhang.

Ich beantrage die Kostenübernahme für die Digitale Gesundheitsanwendung **Vivira**. Bitte senden Sie mir einen Freischaltcode zu.

Herzlichen Dank und viele Grüße

Unterschrift