

Name Arzt / Psychotherapeut
Facharztbezeichnung / Psychotherapeut
Praxis Straße, Hausnummer
Praxis PLZ, Ort
Telefonnummer

Kurzattest für die Verordnung einer digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) bei Patient:

Patient Vorname, Nachname
Geburtsdatum
Straße, Hausnummer
PLZ, Ort

Der/die o.g. Patient*in wurde von mir am TT.MM.JJJJ behandelt.

Formalia für die DiGA Verordnung:

Diagnose: E66.00/E66.01 (Adipositas, BMI 30-40 kg/m²)

Kontraindikationen: Wurden überprüft und ausgeschlossen.

Indikation: Es besteht die medizinische Indikation für eine Therapie mit der DiGA
Oviva Direkt für Adipositas (PZN 17850257)
Dauer: 90 Tage.

Bitte reichen Sie dieses Kurzattest bei Ihrer Krankenkasse ein. Über diese erhalten Sie dann den Freischaltcode für die Gesundheits-App.

Mit freundlichen Grüßen
Name Arzt / Psychotherapeut

--- Dieses Dokument wurde elektronisch erstellt und bedarf keiner Unterschrift oder Signatur. ---