

Bitte senden an:

DAK-Gesundheit Postzentrum
22788 Hamburg

Antrag auf Kostenübernahme für digitale Versorgungsprodukte

Name, Vorname

Versichertennummer

Anschrift

Ich möchte folgende Anwendung in Anspruch nehmen:

Ich habe die medizinische Empfehlung meines Arztes / meiner Ärztin beigefügt:

Ja (Die medizinische Empfehlung ist zwingend notwendig!)

Ich habe die medizinische Empfehlung auf folgende Angaben geprüft:
(Diese Angaben müssen enthalten sein)

Name des digitalen Versorgungsproduktes

Diagnose mit Diagnoseschlüssel (ICD-Code)

Ärztliche Empfehlung mit Begründung

Ort, Datum

Unterschrift