

Bestätigung der Indikation für eine Digitale Gesundheitsanwendung für

_____, geb. am _____
Name, Vorname des/der Versicherten

Sehr geehrte Damen und Herren,

bei dem/der o.g. Patient:in wurde folgendes diagnostiziert:

Essentielle (primäre) Hypertonie (I10)

Eventuelle Kontraindikationen und Ausschlusskriterien wurden geprüft und liegen nicht vor. Daher verordne ich die Digitale Gesundheitsanwendung (DiGA)

actensio (PZN 19192829).

Ich bitte Sie, Ihrem/Ihrer Versicherten einen entsprechenden Zugang zur Verfügung zu stellen.

Bei Fragen zur DiGA wenden Sie sich an medical@mementor.de.

Freundliche Grüße

Ort, Datum

Unterschrift

Name, Vorname des verordnenden
ärztlichen/psychotherapeutischen Personals

Institution/Praxis, Stempel