

## 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](mailto:medical@mementor.de).

Freundliche Grüße

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des verordnenden  
ärztlichen/psychotherapeutischen Personals

\_\_\_\_\_  
Institution/Praxis, Stempel