

Antrag auf Kostenübernahme

für die digitale Gesundheitsanwendung (DiGA)
edupression

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname der/des Versicherten geb. am

Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Diagnose (ICD-Ziffer):

Hiermit bestätige ich, dass die Nutzung von edupression für o. g. Patienten:in aus medizinischer/therapeutischer Sicht eine hilfreiche Ergänzung zu der bestehenden ärztlichen/psychotherapeutischen Versorgung darstellt.
(edupression ist im DiGA-Verzeichnis beim BfArM gelistet: <https://diga.bfarm.de/de/verzeichnis/01815>)

Name der VE DiGA-VE-ID Modul	PZN	Bezugsweg edupression	Anwendungsdauer	Indikation	Preis (inkl. 19 % MwSt.)
edupression	18458283	edupression.com	90 Tage	ICD: F32.0, F32.1, F33.0, F33.1*	224,80 €

* F32.0: Leichte depressive Episode, F32.1: Mittelgradige depressive Episode
F33.0: Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode, F33.1: Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode



Zweckbestimmung

Die Zweckbestimmung von edupression.com* orientiert sich an denen der beiden enthaltenen Medizinprodukte: der online-basierten Psychoedukation für unipolar depressive Patient:innen sowie dem Stimmungsdiagramm. Die vollständige Zweckbestimmung ist in unserer Gebrauchsanweisung enthalten, die Sie hier finden:

edupression.com/gebrauchsanweisung

1. <https://diga.bfarm.de/de/verzeichnis/01815/fachkreise>; (leichte/mittelgradige depressive Episode, rezidiv. depr. Störung), letzter Abruf 01.10.2024

Klinikstempel/Arztstempel

Datum, Unterschrift Klinik/Ärztin/Arzt:

Hersteller

SOFY GmbH
Am Renninger 8
3400 Klosterneuburg
Österreich

Weitere Informationen erhalten Sie unter:



edupression.com



diga.bfarm.de/de/verzeichnis/01815

Antrag auf Kostenübernahme

Bitte senden Sie mir,
die Bestätigung der Übernahme der Kosten für die
o. g. DiGA edupression an meine E-Mail-Adresse.

(Bitte unbedingt vollständig und gut lesbar ausfüllen)

.....
E-Mail-Adresse Patient:in

.....
Datum, Unterschrift Patient:in

- ☐ Die Kosten werden in Höhe von
übernommen.
- ☐ Die Kosten werden nicht übernommen.

Stempel, Datum, Unterschrift der Krankenversicherung