

## Leistungsantrag für die Digitale Gesundheitsanwendung (DiGA) priovi

---

Name, Vorname

---

geboren am

---

Krankenkasse

---

Versichertennummer

Sehr geehrte Damen und Herren,

aufgrund der unten gestellten Diagnose beantrage ich die Erstattung der Kosten von 855,82€ (inkl. 19% MwSt.) für eine Lizenzdauer von 365 Tagen für die Digitale Gesundheitsanwendung priovi. Nach Ihrem positiven Bescheid wende ich mich gerne an den Hersteller der DiGA, um den Freischaltcode zu beantragen.

Mit freundlichen Grüßen

---

Datum, Unterschrift

Von Patient:in auszufüllen.

## Bestätigung der Indikation für die Digitale Gesundheitsanwendung priovi

Ich habe folgende Diagnose bei o.g. Patient:in gestellt:

**F60.31 (Emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Borderline-Typ)**

Daher empfehle ich die Digitale Gesundheitsanwendung (DiGA): **priovi PZN 18704486**

---

Nachname, Vorname des/der verordnenden  
Ärzt:in/Psychotherapeut:in

Datum, Stempel, Unterschrift

Von Ärzt:in/Psychotherapeut:in auszufüllen.

Erfahren Sie mehr darüber, wie **priovi** Ihnen helfen kann! Auf [www.priovi.de](http://www.priovi.de) oder über folgenden QR-Code:



Nutzen Sie für Fragen auch gerne unsere kostenlose Service-Hotline: **0800 3398 723**  
oder schreiben Sie uns eine E-Mail: [diga-team@gaia-group.com](mailto:diga-team@gaia-group.com)

Wie geht es weiter?

Dieses Formular bei der Krankenkasse einreichen – Bestätigung der Kostenübernahme an [diga-team@gaia-group.com](mailto:diga-team@gaia-group.com) schicken – Freischaltcode erhalten – Code auf [www.priovi.de](http://www.priovi.de) eingeben und los geht's!

Informationen für Patient:in