Name und Anschrift Versichertennummer

Name der Krankenkasse

Anschrift der Krankenkasse

Ort , den

Antrag auf Kostenübernahme der digitalen Gesundheitsanwendung „neolexon Aphasie“ der Limedix GmbH

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage ich die vollständige Kostenübernahme für die digitale Gesundheitsanwendung „neolexon Aphasie“ gem. § 33a SGB V für meinen persönlichen Bedarf.

Die App ist dauerhaft im offiziellen DiGA-Verzeichnis des BfArM gelistet. Weitere Informationen finden Sie unter: https://diga.bfarm.de/de/verzeichnis/01196

Die Anwendung wird begleitend zu meiner sprachtherapeutischen Präsenztherapie für die bestehende Diagnose Dysphasie, Aphasie oder Apraxie eingesetzt, die mir ärztlich bescheinigt wurde (Diagnosenachweis anbei).

Da laut DiGA-Verzeichnis keine medizinischen Kontraindikationen bestehen, gehe ich davon aus, dass der beigelegte Diagnosenachweis ausreicht.

Ich bitte um eine zeitnahe positive Rückmeldung und die Zustellung eines entsprechenden Rezeptcodes zur Freischaltung der DiGA neolexon Aphasie. Ich bedanke mich dafür und verbleibe

mit freundlichen Grüßen,

Name Versicherte:r

Anlage: Arztbericht mit Diagnose, Kopie des Rezepts zur logopädischen Therapie mit Diagnose, anderer Nachweise bitte ggf. angeben