

## Leistungsantrag für die Digitale Gesundheitsanwendung (DiGA) somnovia

---

Nachname, Vorname

---

geboren am

---

Krankenkasse

---

Versichertennummer

Sehr geehrte Damen und Herren,

aufgrund der unten gestellten Diagnose beantrage ich die Erstattung der Kosten von 599,40€ (inkl. 19% Mwst.) für eine Lizenzdauer von 90 Tagen für die Digitale Gesundheitsanwendung somnovia. 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 somnovia

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

**F51.0** (Nichtorganische Insomnie)

**G47.0** (Ein- und Durchschlafstörungen)

Von Ärzt:in/Psychotherapeut:in auszufüllen.

Daher empfehle ich die Digitale Gesundheitsanwendung (DiGA): **somnovia PZN 19642882**

---

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

Datum, Stempel, Unterschrift

Erfahren Sie mehr darüber, wie **somnovia** Ihnen helfen kann! Auf [www.somnovia.de](http://www.somnovia.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.somnovia.de](http://www.somnovia.de) eingeben und los geht's!

Informationen für Patient:in