

Adresse Versicherte/r

---

---

---

An die Krankenkasse

---

---

---

---

Ort, Datum

**Betreff: Freischaltcode für Digitale Gesundheitsanwendung (DiGA) re.flex**

Sehr geehrte Krankenkasse,

ich habe eine diagnostizierte Gonarthrose (ICD-10: M.17.0, M.17.1, M.17.2, M.17.3, M.17.4, M.17.5, M.17.9)

Diesbezüglich beantrage ich die Kostenübernahme für die Digitale Gesundheitsanwendung re.flex. Bitte senden Sie mir dafür den entsprechenden Freischaltcode zu.

Meine Versichertennummer lautet: \_\_\_\_\_

Beigelegt zu diesem Schreiben finden Sie den Nachweis über die Diagnose.

Vielen Dank.

Mit besten Grüßen

---

Unterschrift