

Adresse Versicherte/r

An die Krankenkasse

Ort, Datum

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

Sehr geehrte Krankenkasse,

mein Arzt hat mir die Digitale Gesundheitsanwendung re.flex verschrieben. Bitte senden Sie mir dafür den Freischaltcode zu.

Meine Versichertennummer lautet: _____

Beigelegt zu diesem Schreiben finden Sie das entsprechende ärztliche Rezept.

Vielen Dank.

Mit besten Grüßen

Unterschrift