[Absendername][Absenderadresse Straße + Hausnummer][Absenderadresse Postleitzahl + Stadt]

[Firma Krankenkasse]  
[Straße Hausnummer]  
[Postleitzahl Stadt]

[Länderkennung bei Auslandssendungen]

XX.XX.2022

**Anforderung eines Freischaltcodes**

Sehr geehrte Damen und Herren,

anhängend schicke ich Ihnen meine ärztliche Migränediagnose. Ich bitte Sie, mir einen Freischaltcode für die digitale Gesundheitsanwendung sinCephalea – Migräneprophylaxe zu schicken, um diese Anwendung zur Behandlung der diagnostizierten Migräne zu starten.

Das sinCephalea Programm ist im DiGA Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte mit den folgenden Informationen gelistet:

* Name: sinCephalea - Migräneprophylaxe
* PNZ: 18358966
* Anzuwenden bei: G43.0 Migräne ohne Aura [Gewöhnliche Migräne] und G43.1

Migräne mit Aura [Klassische Migräne]

* Weitere Informationen: https://diga.bfarm.de/de/verzeichnis/1775

Nach § 33a SGB V habe ich einen Rechtsanspruch auf die Nutzung der digitalen Gesundheits-App, sofern sie in die entsprechende Liste nach § 139e SGB V aufgenommen ist und entweder ein entsprechendes Rezept oder ein Diagnosenachweis vorliegt (siehe auch die Infografik "Weg B" unter https://diga.bfarm.de/de/leistungserbringer).

Ich danke Ihnen im Voraus für die Zusendung des Codes an meine Adresse und verbleibe

mit freundlichen Grüßen

Vorname Name