[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 das ärztliche Rezept, welches die Verschreibung der Digitalen Gesundheitsanwendung sinCephalea - Migräneprophylaxe beinhaltet. Ich bitte Sie mir den Freischaltcode für die Anwendung zuzuschicken.

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

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

mit freundlichen Grüßen

Vorname Name