

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
Geburtstag		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Antrag auf Kostenübernahme für die digitale Gesundheitsanwendung (DiGA) Kranus Edera

Diagnose (ICD-Ziffer): N48.4*

Hiermit bestätige ich, dass die Nutzung von Kranus Edera für den o.g. Patienten aus medizinischer / therapeutischer Sicht eine hilfreiche Behandlung der bestehenden Erkrankung darstellt.

(Kranus Edera ist im DiGA-Verzeichnis beim BfArM gelistet <https://diga.bfarm.de/de/verzeichnis/01282>)


Medizinprodukt DiGA	PZN	Bezugsweg Kranus Edera	Verordnungsdauer	Indikation	Preis (inkl. 19% MwSt.)
Kranus Edera	17946632	App auf dem Smartphone / Tablet	90 Tage	ICD N48.4*	235,00 €

* ICD N48.4 Impotenz organischen Ursprungs

Kranus Edera ist eine digitale Gesundheitsanwendung (DiGA) zur ganzheitlichen Behandlung von Erektionsstörungen und ihren Ursachen. Die alleinstehende Therapie unterstützt Männer mit erektiler Dysfunktion selbst aktiv an ihrer Behandlung teil zu haben und hilft Ärztinnen und Ärzten dabei die Empfehlungen der Leitlinien zur Behandlung von Erektionsstörungen umzusetzen und so die Therapieoptionen zu erweitern. Anwender der App absolvieren ein 12-Wochen Programm aus den Bausteinen Beckenbodentraining, physiotherapeutische Übungen, kardiovaskuläres Ausdauertraining sowie Achtsamkeits- und sexualtherapeutische Übungen. Patienten erhalten wöchentlich neue Übungen, die in ihrer Intensität und Komplexität fortlaufend angepasst werden. Ergänzt wird die Therapie durch Wissensvermittlung über die Erkrankung und hilfreiche Tipps, z.B. zur Ernährung und zu vorbeugenden Maßnahmen.

Weitere Informationen erhalten Sie hier:

 www.kranus.de

 089 / 124 146 79
(kostenlose Info-Hotline)

Datum, Stempel, Unterschrift Klink / Arzt

Antrag auf Kostenübernahme

Bitte senden Sie mir, _____,
die Bestätigung der Übernahme der Kosten für die o.g. DiGA Kranus
Edera an meine E-Mail Adresse.

E-Mail Adresse des Patienten

Datum, Unterschrift des Patienten

Bitte entsprechende Felder ankreuzen:

- Die Kosten werden nicht übernommen.
- Die Kosten werden in Höhe von _____ übernommen.
- Die Kosten werden komplett übernommen.

Datum, Stempel, Unterschrift der Krankenversicherung