

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

## Antrag auf Kostenübernahme für deprexis® 24

### Sehr geehrte Damen und Herren,

Die o.g. Patientin / der o.g. Patient befindet sich seit dem \_\_\_\_\_ im Rahmen einer depressiven Störung (ICD 10 \_\_\_\_\_) in meiner ambulanten/stationären psychiatrischen (psychosomatischen / psychotherapeutischen) Behandlung.

Es wurde folgende Diagnose gestellt:

### Hinweise

- ▶ Bitte die in der Patientenakte dokumentierte Diagnose angeben, mit ICD-10-Ziffer
- ▶ Bitte tragen Sie auch Ihre ärztliche Anamnese und Begründung für die erforderliche Verordnung von deprexis® 24 ein: z. B. bisherige Behandlung, Arbeitsunfähigkeit

In Bezug auf Schweregrad und Symptomatik, die aktuelle Version der nationalen Therapieleitlinien und den individuellen Leidensdruck, benötigt der Patient zur Überbrückung von Wartezeiten / begleitend zu meiner Therapie / direkt im Anschluss an die Entlassung, dringend zusätzliche Unterstützung bei der Bewältigung der Erkrankung.

Dementsprechend ist das CE-gekennzeichnete Medizinprodukt deprexis® 24 ein individualisiertes interaktives Online-Therapieprogramm für Patienten mit unipolarer Depression oder depressiver Verstimmung, welches auf den Methoden der kognitiven Verhaltenstherapie (10 Themenbereiche - von kognitiven Aspekten über Verhaltensaktivierung und sozialer Kompetenz bis zur Problemlösung) beruht, dringend indiziert.

Der o.g. Patient / Die o.g. Patientin hat, ergänzend zu meiner Behandlung, mit Hilfe dieses speziell für diese Erkrankung entwickelten therapeutischen Tools, die Möglichkeit, dringend notwendige individuelle Bewältigungsstrategien zu erlernen bzw. zu vertiefen. Darüber hinaus wird der Patient zur Umsetzung dieser Techniken in den Alltag motiviert.

Die medizinische Wirksamkeit von deprexis® 24 ist durch entsprechende kontrollierte Studien belegt<sup>1</sup>. Der Vorteil des Programms liegt u.a. in der sofortigen, 24 Stunden Verfügbarkeit bei vorhandenem Internetzugang und der örtlich unabhängigen Anwendung durch den Patienten. Der o.g. Patient verfügt nach eigenen Angaben über einen Internetzugang. Zur Überbrückung der Wartezeit auf einen Psychotherapieplatz, zur Begleitung / Unterstützung der Psychotherapie sowie Verringerung des Fortschreitens der Depression in dieser Zeit, bitte ich um eine zeitnahe Bearbeitung und Bewilligung der Kostenübernahme für Herrn /Frau

<sup>1</sup> Meyer et al. 2009, Berger et al. 2011, Moritz et al. 2012, Schröder et al. 2014, Fischer et al. 2015, Meyer et al. 2015, Twomey et al. 2017, Zwerenz et al. 2017, Gräfe et al. 2017, Berger et al. 2017

Stempel/Unterschrift Arzt

Die Kosten der Nutzung von deprexis® 24 belaufen sich ohne Rahmenvertrag auf 297,50 € inkl. MwSt. und decken 90 Tage internetbasierten Zugang ab.  
<https://www.deprexis24-shop.servier.com>

Hiermit beantrage ich die Kostenübernahme für das Medizinprodukt deprexis® 24.  
Ich bitte um fristgerechte Zusendung der Entscheidung gemäß Patientenrechtegesetz gemäß § 13 Abs. 3a SGB V.

Name Patient in Druckbuchstaben

Versichertennummer

Datum

Unterschrift

### Entscheid der Krankenkasse:

Die Kostenübernahme wird genehmigt.

Die Kostenübernahme wird nicht genehmigt.

Grund:

Datum

Name in Druckbuchstaben

Unterschrift

Stempel der Krankenkasse