

Ärztliche/ Psychotherapeutische Bestätigung für die Nutzung der digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) attaxis®

Zur Vorlage bei der Krankenversicherung

Bei.....

(Vorname, Nachname)

Geboren am

Wurde eine

☐ Hyperkinetische Störung (F90.x)

☐ Aufmerksamkeitsdefizitstörung ohne Hyperaktivität (F98.8)

diagnostiziert.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift und Stempel Arzt (Praxis)