

Wie wird elona therapy Depression auf Rezept oder als Arztbrief verordnet?



FÜR BEHANDLER:INNEN

KEIN
REGRESSRISIKO:
EXTRABUDGETÄRE
LEISTUNG

1. Diagnose stellen

Patient:in über 18 Jahre hat eine der folgenden Haupt- oder Nebendiagnosen, mindestens als Verdachtsdiagnose (ICD-10):

- › F32 Depressive Episode
- › F33 Rezidivierende Depression
- › F34.1 Dysthymia

2. Kontraindikationen ausschließen

- › Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F32.-, F33.-, F34.-)
- › Manische Episode (F30)
- › Bipolare affektive Störung mit hypomanischer oder manischer Episoden (F31.1, F31.2, F31.5, F31.6, F31.8, F31.9)
- › Depressive Episode mit psychotischen Symptomen (F32.3, F33.3)
- › Akutes suizidales Risiko

3. Rezept oder Arztbrief ausstellen

a) **Rezept** – Empfehlung zur Verschreibung bei GKV. Nutzen Sie hierfür das Rezeptmuster 16 und unsere Ausfüllhilfe auf der Rückseite.

oder

b) **Arztbrief** bei PKV oder Heilfürsorge. Alternativ zum Rezept können Sie einen Arztbrief ausstellen. Nutzen Sie hierfür die Vorlage auf unserer Website, indem Sie folgenden QR-Code scannen oder über [diesen Link](#).



FÜR PATIENT:INNEN

1. Rezept einreichen

Einreichung bei der Krankenkasse durch Patient:in via Krankenkassen-App, Service-Center, Post oder Telefon.

2. Freischaltcode erhalten

Krankenkasse verschickt individuellen Freischaltcode an Patient:in.

3. Download elona therapy

Patient:in lädt elona therapy via App-Store/Play Store herunter, erstellt einen Account und kann die App nach Eingabe des individuellen Freischaltcodes 90 Tage nutzen.

4. Neuverordnung nach 90 Tagen

Nach Ablauf der 90 Tage kann zur weiteren Nutzung ein erneutes Rezept ausgestellt werden.



Bei Fragen oder Problemen sind wir für Sie oder Ihre Patient:innen da!

E-Mail: support@elona.app
Telefon: 0211 82 26 86 60
Mo.–Fr.: 9:00–18:00 Uhr

Ausfüllhilfe für das Rezept



Krankenkasse bzw. Kostenträger		BVG	Hilfs- mittel	Impf- stoff	Spr.-St. Bedarf	Begr.- Pflicht	Apotheken-Nummer / IK													
1 <input type="checkbox"/> <small>geböhr- frei</small>	Musterkrankenkasse		6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>														
<input type="checkbox"/> <small>Geb.- pfl.</small>	Name, Vorname des Versicherten		Zuzahlung		Gesamt-Brutto															
<input type="checkbox"/> <small>noctu</small>	Mustermann		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.</th> <th>Faktor</th> <th>Taxe</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Verordnung</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. Verordnung</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3. Verordnung</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>						Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.	Faktor	Taxe	1. Verordnung			2. Verordnung			3. Verordnung		
Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.	Faktor	Taxe																		
1. Verordnung																				
2. Verordnung																				
3. Verordnung																				
<input type="checkbox"/> <small>Sonstige</small>	Max Musterstraße 5 XXXXX Musterstadt																			
<input type="checkbox"/> <small>Unfall</small>	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status																	
<input type="checkbox"/> <small>Arbeits- unfall</small>	3																			
	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum																	
	4		5																	
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)																				
<input type="checkbox"/> <small>aut idem</small>	Digitale Gesundheitsanwendung		<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center;"> 7 </div>																	
<input type="checkbox"/> <small>aut idem</small>	---																			
<input type="checkbox"/> <small>aut idem</small>	PZN 18458314																			
<input type="checkbox"/> <small>aut idem</small>	elona therapy Depression		Vertragsarztstempel																	
bbbB				Abgabedatum in der Apotheke		Unterschrift des Arztes Muster 16 (4.2004)														
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!																				
Unfalltag		Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer																		

- 1** Ankreuzen
- 2** Geburtsdatum der/s Patient:in angeben.
- 3** Kennnummer der **Versicherung** und Versichertennummer des/r Patient:in eintragen.
- 4** **Betriebsstätten- und Arztnummer** angeben (beide finden Sie zum Beispiel im Kopf Ihrer PTV-Formulare).
- 5** **Datum** der Rezeptaussstellung.
- 6** Nur ankreuzen, wenn Patient:innen nach **Bundesverordnungsgesetz** oder **Bundesentschädigungsgesetz** anspruchsberechtigt sind.
- 7** **Praxisstempel** und Ihre **Unterschrift**.