

Betreff: Antrag auf Kostenerstattung für das Belle Health Programm zur Behandlung von PMS/PMDS :

Versichertennummer: _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage ich die Kostenübernahme in Höhe von 346,00 € für das evidenzbasierte digitale Versorgungsprogramm „Belle App“ von Belle Health, das speziell zur Behandlung prämenstrueller Beschwerden (PMS/PMDS) entwickelt wurde.

Meine Beschwerden umfassen ausgeprägte Stimmungsschwankungen, Angstzustände und körperliche Schmerzen vor meiner Periode, die meinen Alltag erheblich beeinträchtigen.

Die Belle App bietet eine gezielte und wissenschaftlich validierte Unterstützung durch:

- **Kognitive Verhaltenstherapie (KVT):** Leitlinienorientierte Methoden zur langfristigen Reduktion emotionaler und körperlicher Symptome.
- **SOS-Toolbox:** Sofort verfügbare Entspannungs- und Achtsamkeitsübungen zur kurzfristigen Linderung akuter Beschwerden.
- **Symptomtracking:** Individuelle Dokumentation und Analyse meiner Symptome zur Erkennung von Mustern und Optimierung der Behandlung.

Diese umfassende, personalisierte Unterstützung ermöglicht mir, meine Beschwerden wirksam zu reduzieren und nachhaltig zu kontrollieren. Die Wirksamkeit der Belle-App wurde bereits wissenschaftlich nachgewiesen und zeigt eine signifikante Verbesserung der Lebensqualität bei PMS- und PMDS-Betroffenen.

Weitere Informationen zum Programm finden Sie auf der offiziellen Webseite von Belle Health: www.bellehealth.de

Bitte teilen Sie mir das weitere Vorgehen mit: Erfolgt die Erstattung direkt oder soll ich zunächst in Vorleistung treten?

Ich bedanke mich recht herzlich im Voraus.

Mit freundlichen Grüßen,

Ort und Datum:

Unterschrift: _____