

BKK VerbundPlus
Versorgungssteuerung
Zeppelinring 13
88400 Biberach

Antrag zur Teilnahme am Versorgungskonzept „neolexon für Kinder mit Artikulationsstörungen“

Hier mit beantrage ich

Vorname

Name

Straße / Hausnummer

PLZ / Ort

Versichertennummer

für mein Kind

Vorname

Name

Geburtsdatum

Versichertennummer

die Kostenübernahme für die Teilnahme am Versorgungskonzept „neolexon bei Artikulationsstörungen“.

Ort / Datum

Unterschrift des bei uns-versicherten Elternteils

Bestätigung der/des behandelnden Sprachtherapeuten/-in

Das o. g. Kind befindet sich aufgrund der ärztlichen Verordnung entsprechend der Heilmittel-Richtlinie in meiner sprachtherapeutischen Behandlung.

Behandlungsbeginn: _____

Verordnende/-r Arzt/Ärztin: _____

Stempel oder Anschrift der/des Sprachtherapeuten/-in

Ort / Datum

Unterschrift der/des behandelnden Sprachtherapeuten/-in