



An die BKK:

## Antrag zur Teilnahme am Versorgungskonzept "Neolexon für Kinder mit Artikulationsstörungen"

### Hiermit beantrage ich

|                    |          |
|--------------------|----------|
|                    |          |
| Vorname            | Nachname |
|                    |          |
| Straße, Nr.        | PLZ, Ort |
|                    |          |
| Versichertennummer |          |

### für mein Kind

|                    |          |
|--------------------|----------|
|                    |          |
| Vorname            | Nachname |
|                    |          |
| Versichertennummer |          |

die Kostenübernahme für die Teilnahme am Versorgungskonzept „Neolexon bei Artikulationsstörungen“

|                                                              |
|--------------------------------------------------------------|
|                                                              |
| Ort, Datum und Unterschrift des BKK-Versicherten Elternteils |

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

|                                                       |                            |
|-------------------------------------------------------|----------------------------|
|                                                       |                            |
| Behandlungsbeginn                                     | Verordnende/-r Arzt/Ärztin |
|                                                       |                            |
| Anschrift oder Stempel der/des Sprachtherapeuten/-in: |                            |



Mehr Infos:



bkk-  
familyplus.de/kinder/  
neolexon

