



An die

SKD BKK
Versorgungsmanagement
Schultesstr. 19 A
97421 Schweinfurt

Antrag zur Teilnahme am Versorgungskonzept "neolexon bei Artikulationsstörungen"

Hiermit beantrage ich

Vorname

Nachname

Straße, Nr.

PLZ und Ort

E-Mail (freiwillige Angabe)

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

Bestätigung der/des behandelnden Sprachtherapeut/-in:

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 Sprachtherapeut/-in: _____

Ort, Datum und Unterschrift der/des behandelnden Sprachtherapeut/-in