



Deutsche Post 

ANTWORT

Techniker Krankenkasse
20905 Hamburg

Antrag zur Teilnahme am Versorgungskonzept "neolexon-App für Kinder mit Artikulationsstörungen"

Hiermit beantrage ich

Vorname

Nachname

Straße, Nr.

PLZ und Ort

Mail (freiwillige Angabe)

Versichertennummer

für mein Kind

Vorname

Nachname

Versichertennummer

die Kostenübernahme von der Techniker Krankenkasse für die Teilnahme am Versorgungskonzept
"neolexon-App für Kinder mit Artikulationsstörungen".

Ich bin damit einverstanden, dass ich nach Ende der Behandlung per Mail zu meiner Zufriedenheit mit
neolexon befragt werde.



Ort, Datum und Unterschrift des TK-Versicherten Elternteils