

Antrag zur Teilnahme am Versorgungskonzept  
"Digitales Eigentaining für Kinder mit Artikulationsstörungen als Ergänzung zur  
Präsenztherapie" von Limedix

**VOM HEK - VERSICHERTEN AUSZUFÜLLEN**

Deutsche Post   
ANTWORT

HEK - Hanseatische Krankenkasse  
Abrechnungszentrum  
Wandsbeker Zollstraße 86-90  
22041 Hamburg

**Hiermit beantrage ich**

\_\_\_\_\_  
Vorname, Name

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Versichertennummer

\_\_\_\_\_  
Optional: Mail Adresse

**für mein Kind**

\_\_\_\_\_  
Vorname, Name

\_\_\_\_\_  
Versichertennummer

die Kostenübernahme von der HEK - Hanseatischen Krankenkasse für die Teilnahme am Versorgungskonzept  
"Digitales Eigentaining für Kinder mit Artikulationsstörungen als Ergänzung zur Präsenztherapie" von Limedix. Ich  
erkläre mich bereit, dass mich die HEK zur Teilnahme an einer Zufriedenheitsbefragung zum Angebot kontaktiert.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des HEK-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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des behandelnden Sprachtherapeut/-in