

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