

BIG direkt gesund
Postfach 10 06 42
44006 Dortmund

Antrag auf Kostenerstattung für das Versorgungsangebot „Aphasie-App“		
1. Antragsteller – Allgemeine Angaben		
Name, Vorname der/des Versicherten	Geburtsdatum	Versichertennummer
Anschrift:		
E-Mail:		
Telefonnummer:		
2. Hiermit beantrage ich die Kostenerstattung für das genutzte Versorgungsangebot auf folgendes Konto:		
Kontoinhaber:		
Geldinstitut:		
IBAN:		
BIC:		
Einwilligung in die Qualitätssicherung mittels einer Teilnehmerbefragung		
<p>Ich bin damit einverstanden, dass BIG direkt gesund mich zu meiner Zufriedenheit mit diesem Leistungsangebot befragen darf. Diese Zustimmung sowie die Befragung kann ich jederzeit widerrufen. Meine Zustimmung bzw. Nichtzustimmung zu der Befragung hat keine Auswirkungen auf die Inanspruchnahme dieses Leistungsangebots und ist freiwillig. Die Daten werden in anonymisierter Form zum Zwecke der Evaluation dieses Leistungsangebots zwischen der neolexon UG und BIG direkt gesund genutzt.</p>		
<p><input type="checkbox"/> Ja, BIG direkt gesund darf mich zu meiner Zufriedenheit mit dieser Leistung befragen. Meine Antworten dürfen in anonymisierter Form ausgewertet werden.</p>		
<p><input type="checkbox"/> Nein, ich willige nicht in die Befragung zu meiner Zufriedenheit durch BIG direkt gesund ein.</p>		
Datum:	Unterschrift:	

Bestätigung des/der behandelnden Sprachtherapeuten/-therapeutin:	
Der/die o. g. Teilnehmer/in 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/-therapeutin	Ort, Datum, Unterschrift Sprachtherapeut/-therapeutin