



An die BKK:

B. Braun Aesculap

Grüne Straße 1

34212 Melsungen

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

Hiermit beantrage ich

Vorname _____

Nachname _____

Straße, Nr. _____

PLZ und Ort _____

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