



An die:

BKK EUREGIO  
Kundenservice 2.2  
Postfach 1320  
52517 Heinsberg

**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