



An:

BKK ProVita  
Münchner Weg 5  
85232 Bergkirchen

**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