



**BKK
STARKE KIDS**



RWE

Bitte ausgefüllt zurück an

BKK RWE

29217 Celle

**Antrag zur Teilnahme am Versorgungskonzept
„neolexon-App für Kinder mit Artikulationsstörungen“**

Hiermit beantrage ich

Vorname _____

Nachname _____

Straße, Nr. _____

PLZ und Ort _____

E-Mail _____

(freiwillige Angabe)

Versichertennummer _____

für mein Kind

Vorname _____

Nachname _____

Versichertennummer _____

die Kostenübernahme für die Teilnahme am Versorgungskonzept „neolexon-App für Kinder mit 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