



An die
SKD BKK
Schultesstr. 19 A
97421 Schweinfurt

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