

ANTRAG ZUR TEILNAHME AM VERSORGUNGSKONZEPT „NEOLEXON FÜR KINDER MIT ARTIKULATIONSTÖRUNGEN“

Ich beantrage die Kostenübernahme für die Teilnahme am Versorgungskonzept „neolexon für Kinder mit Artikulationsstörungen“.

PERSÖNLICHE DATEN DER KUNDIN / DES KUNDEN

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

E-Mail *

(freiwillige Angabe)

Telefonnummer *

für Rückfragen

Versichertennummer

PERSÖNLICHE DATEN DES KINDES

Name, Vorname

Versichertennummer



* Ich willige ein, dass die BKK VBU die von mir freiwillig angegebenen Daten (Telefonnummer und/oder E-Mailadresse) für die Erfüllung meines Kontaktwunsches speichern und nutzen darf. Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns und Ihre Rechte nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung erhalten Sie über unsere Homepage www.meine-krankenkasse.de/datenschutz/.



Ort, Datum und Unterschrift der/des BKK·VBU Kundin/-en

BESTÄTIGUNG DER/DES BEHANDELNDEN SPRACHTHERAPEUTIN/-EN

Das oben genannte Kind befindet sich aufgrund der ärztlichen Verordnung entsprechend der Heilmittel-RL in meiner sprachtherapeutischen Behandlung.

Behandlungsbeginn:

Verordnende/-r Ärztin/Arzt:



Stempel, Ort, Datum und Unterschrift der/des behandelnden Sprachtherapeutin/-en

Zurück an:

BKK·VBU
10857 Berlin

meine-krankenkasse.de