

An die BKK:

BMW BKK

Mengkofenener Str. 6

84130 Dingolfing



## **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)

**für mein Kind**

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Nachname

\_\_\_\_\_  
Versichertennummer

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

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum und Unterschrift des BMW 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