



Antrag zur Teilnahme am Versorgungskonzept "neolexon 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 für Kinder mit Artikulationsstörungen".

_____ Datum und Ort	_____ Unterschrift des Debeka BKK-Versicherten Elternteils
------------------------	---

Bestätigung der/des behandelnden Sprachtherapeut/-in

Das oben genannte 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:

_____ Datum und Ort	_____ Unterschrift der/des behandelnden Sprachtherapeut/-in
------------------------	--