Bitte zurücksenden an Debeka BKK
Team Mehrleistungen | 56048 Koblenz

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