



SECURVITA Krankenkasse
Lübeckertordamm 1- 3
20099 Hamburg

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

Hiermit beantrage ich:

Vorname Nachname

Straße, Nr.

PLZ und Ort

Versichertennummer

die Kostenübernahme für die Teilnahme am Versorgungskonzept "neolexon bei Artikulationsstörungen" für mein Kind:

Vorname Nachname

Versichertennummer

Ort, Datum

Unterschrift des BKK-Versicherten Elternteils

Bestätigung der/des behandelnden Sprachtherapeut/-in:

Das o.g. Kind befindet sich aufgrund der ärztlichen Verordnung entsprechend der Heilmittel-Richtlinie in meiner sprachtherapeutischen Behandlung.

Behandlungsbeginn: _____

Verordnende/-r Arzt/Ärztin: _____

Anschrift oder Stempel der/des Sprachtherapeut/-in:

Ort, Datum

Unterschrift der/des behandelnden Sprachtherapeut/-in