



Südzucker BKK  
Joseph-Meyer-Str. 13-15  
68167 Mannheim

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

Hiermit beantrage ich

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Nachname

\_\_\_\_\_  
Straße, Nr.

\_\_\_\_\_  
PLZ und Ort

\_\_\_\_\_  
Versichertennummer

**für mein Kind**

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Nachname

\_\_\_\_\_  
Versichertennummer

die Kostenübernahme für die Teilnahme am Versorgungskonzept "neolexon bei Artikulationsstörungen"

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