

Fax: 0421 - 3655 3700
E-Mail: info@hkk.de

Deutsche Post 
ANTWORT

hkk Krankenkasse
28185 Bremen

Antrag auf Kostenerstattung für die Aphasie-App

1 Vom Versicherten auszufüllen

Hiermit beantrage ich

Vorname	E-Mail (freiwillige Angabe)
Nachname	Versichertennummer
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	

die Kostenübernahme von der hkk für die „Aphasie-App“ von neolexon.

2 Meine Bankverbindung

Kontoinhaber	Geldinstitut
IBAN	BIC

Ich bin damit einverstanden, dass ich nach Ende der Behandlung per E-Mail zu meiner Zufriedenheit mit neolexon befragt werde.

Ort, Datum und Unterschrift

3 Vom behandelnden Sprachtherapeuten auszufüllen

Ich empfehle meinem Patienten/meiner Patientin die Nutzung der Aphasie-App

Ort, Datum und Praxisstempel mit Unterschrift