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

hkk
KRANKENKASSE

Deutsche Post
ANTWORT

hkk Krankenkasse
28185 Bremen

Antrag auf Kostenerstattung für die neolexon Artikulations-App

1 Vom versicherten Erziehungsberechtigten auszufüllen

Hiermit beantrage ich

Vorname

Nachname

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

E-Mail (freiwillige Angabe)

Versichertennummer

für mein Kind

Vorname

Nachname

Versichertennummer

die Kostenübernahme von der hkk für die Teilnahme am Versorgungskonzept „neolexon bei Artikulationsstörungen".

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 neolexon Artikulations-App

Ort, Datum und Praxisstempel mit Unterschrift

Hinweis zum Datenschutz: Ihre Daten werden gemäß Art. 6 DS-GVO und § 284 SGB V für Zwecke der Kranken- und § 94 SGB XI für Zwecke der Pflegeversicherung verarbeitet.
Mehr Infos zur Verarbeitung Ihrer Daten erhalten Sie unter www.hkk.de/datenschutz.