



Bertelsmann BKK
Außergewöhnlich in Leistung und Service

An die BKK:

Bertelsmann BKK
Postfach 170
33311 Gütersloh

**Hiermit beantrage ich die Teilnahme am Versorgungskonzept
"neolexon bei Artikulationsstörungen"**

Vorname

Nachname

Straße, Nr.

PLZ und Ort

E-Mail (freiwillige Angabe)

Versichertennummer

für mein Kind

Vorname (Kind)

Nachname (Kind)

Versichertennummer (Kind)

Ort, Datum und Unterschrift des BKK-Versicherten Elternteils

Bestätigung des behandelnden Sprachtherapeuten:

Das oben genannte Kind befindet sich aufgrund der ärztlichen Verordnung entsprechend der Heilmittel-RL in meiner sprachtherapeutischen Behandlung:

Behandlungsbeginn: _____

Verordnender Arzt: _____

Anschrift oder Stempel des Sprachtherapeuten:

Ort, Datum und Unterschrift des behandelnden Sprachtherapeuten