

An die
BERGISCHE KRANKENKASSE
42715 Solingen

oder per E-Mail an: info@bergische-krankenkasse.de

Antrag auf Kostenübernahme

Hiermit beantrage ich die Kostenübernahme der neolexon Artikulations-App für die Dauer von 6 Monaten.

Name, Vorname des Mitglieds

Versichertennummer

Name, Vorname des Kindes

Versichertennummer

Datum, Unterschrift des Mitglieds

Bestätigung des behandelnden Sprachtherapeuten

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

Name, Vorname des Sprachtherapeuten

Anschrift des Sprachtherapeuten

Behandlungsbeginn

Datum, Unterschrift/Stempel des Sprachtherapeuten

Noch schneller geht's mit der BERGISCHEN App! Gern können Sie uns Ihre Unterlagen auch einfach und sicher mit der App der BERGISCHEN übermitteln. Sie haben die App noch nicht? Auf [bergische-krankenkasse.de/app](https://www.bergische-krankenkasse.de/app) ist sie schnell installiert. Noch einfacher geht es mit dem QR-Code.

