

Antwort

**BARMER
Ute Fricke
Persönlich/Vertraulich
Abt. 1160
42285 Wuppertal**

Antrag zur Kostenübernahme für die Artikulations-App von neolexon

(Vom Erziehungsberechtigten auszufüllen)

Hiermit beantrage ich

für mein Kind

Vorname

Vorname

Nachname

Nachname

Straße, Hausnummer

Versichertennummer

PLZ, Wohnort

Versichertennummer

die Übernahme der Lizenzkosten für die Nutzung der Artikulations-App von der BARMER.

Vom behandelnden Sprachtherapeuten auszufüllen

Ich empfehle meiner Patientin/meinem Patienten 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 Krankenversicherung verarbeitet. Mehr Info zur Verarbeitung Ihrer Daten erhalten Sie unter www.barmer.de/datenschutz.