

Antrag zur Teilnahme am Versorgungskonzept „neolexon für Kinder mit Artikulationsstörungen“



Ich beantrage die Kostenübernahme für die Teilnahme am Versorgungskonzept
„neolexon für Kinder mit Artikulationsstörungen“.

Persönliche Daten der Kundin/des Kunden

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

E-Mail *

Telefonnummer*
für Rückfragen

Versichertennummer

Persönliche Daten des Kindes

Name, Vorname

Versichertennummer

* Ich willige ein, dass die mkk die von mir freiwillig angegebenen Daten (Telefonnummer und/oder E-Mailadresse) für die Erfüllung meines Kontaktwunsches speichern und nutzen darf. Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns und Ihre Rechte nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung erhalten Sie über unsere Homepage www.meine-krankenkasse.de/datenschutz/.



Ort, Datum, Unterschrift der Kundin bzw. des Kunden der mkk - meine krankenkasse

Bestätigung der behandelnden Therapeutin bzw. des behandelnden Therapeuten

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

Behandlungsbeginn:

Verordnende Ärztin bzw. verordnender Arzt:



Ort, Datum, Unterschrift der behandelnden Therapeutin bzw. des behandelnden Therapeuten

Bitte senden an:

per Post mkk - meine krankenkasse, 10857 Berlin oder per E-Mail info@meine-krankenkasse.de

