BAHN-BKK
PostCenter
48123 Münster

Antrag auf Genehmigung und Erstattung der neolexon Artikulations-App

Von der antragstellenden Person auszufüllen:

Hiermit beantrage ich (für)

Name | Vorname

Straße, Hausnummer | PLZ, Ort

Krankenversichertennummer | Geburtsdatum

die Kostenübernahme für die Nutzung der „neolexon Artikulations-App“.

Bitte erstatten Sie nach Übermittlung des Zahlungsnachweises den Betrag auf folgendes Konto:

IBAN

Name der kontoführenden Person (falls abweichend)

Telefonnummer für Rückfragen (freiwillige Angabe)

Datum | Unterschrift der antragsstellenden Person

Von der behandelnden Kinderärztin bzw. dem behandelnden Kinderarzt auszufüllen:

Hiermit bestätige ich, dass bei der genannten Person eine Artikulationsstörung (ICD-10-Diagnose: F80.X) vorliegt und verordne ihr ein Medizinprodukt zur digitalen Sprachtherapie.

Datum | Stempel und Unterschrift der verordnenden Ärztin bzw. des verordnenden Arztes

Datenschutzhinweis: Für die Erstattung der Kosten für die neolexon Artikulations-App benötigen wir einige persönliche Angaben. Diese Felder sind Pflichtfelder. Mit der Absendung des Formulars willigen Sie in die weitere Verarbeitung der Daten ein. Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist § 284 Abs. 1 Nr. 4 SGB V in Verbindung mit § 22 Buchst. g) BAHN-BKK Satzung. Zusätzlich bitten wir um die Angabe Ihrer Telefonnummer, um Fragen im Zusammenhang mit der Nutzung der neolexon Artikulations-App zu klären und die generelle Kontaktaufnahme mit Ihnen zu erleichtern. Ihre dazu erteilte Einwilligung können Sie jederzeit widerrufen. Die bis zum Widerruf erfolgte Verarbeitung wird dadurch nicht berührt. Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten und zu Ihren Rechten nach der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) finden Sie auf unserer Internetseite www.bahn-bkk.de/datenschutz.