

An die BKK:

BMW BKK

Mengkofenener Str. 6

84130 Dingolfing



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

Hiermit beantrage ich

Vorname _____

Nachname _____

Straße, Nr. _____

PLZ und Ort _____

E-Mail (freiwillige Angabe) _____

für mein Kind

Vorname _____

Nachname _____

Versichertennummer _____

die Kostenübernahme für die Teilnahme am Versorgungskonzept „neolexon-App für Kinder mit Artikulationsstörungen“

Ort, Datum und Unterschrift des BMW BKK-Versicherten Elternteils

Bestätigung der/des behandelnden Sprachtherapeut/-in:

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

Behandlungsbeginn: _____

Verordnende/-r Arzt/Ärztin: _____

Anschrift oder Stempel der/des Sprachtherapeut/-in: _____

Ort, Datum und Unterschrift der/des behandelnden Sprachtherapeut/-in