

Bitte zurück an:

Heimat Krankenkasse
Herforder Straße 23
33602 Bielefeld

Antrag zur Teilnahme am Versorgungskonzept "neolexon für Kinder mit Artikulationsstörungen"

1. Hiermit beantrage ich

Name	Vorname
Straße / Hausnummer	PLZ / Ort
Versichertennummer	

für mein Kind

Name	Vorname
Versichertennummer	

die Kostenübernahme für die Teilnahme am Versorgungskonzept "neolexon bei Artikulationsstörungen"

Ort / Datum	Unterschrift des Versicherten

2. Bestätigung des behandelnden Sprachtherapeuten

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

Behandlungsbeginn	Verordnender Arzt

Anschrift oder Stempel des Sprachtherapeuten

Ort / Datum	Unterschrift des behandelnden Sprachtherapeuten

Datenschutzhinweis: Die datenschutzrechtlichen Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie auf unserer Webseite unter www.heimat-krankenkasse.de/datenschutz oder fordern Sie diese Informationen gerne direkt bei uns an.