

VIACTIV Krankenkasse
Zentraler Posteingang
45604 Essen

Versicherungsnummer

Versicherungsnummer des Kindes

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

Hiermit beantrage ich

Vorname

Nachname

Straße, Nr.

PLZ, Ort

für mein Kind

Vorname

Nachname

die Kostenübernahme für die Teilnahme am Versorgungskonzept „neolexon bei Artikulationsstörungen“

Datum

Unterschrift des Elternteils, das bei der VICTIV versichert ist

Bestätigung der/des behandelnden Sprachtherapeut/-in:

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

Behandlungsbeginn

Verordnende/-r Arzt/Ärztin:

Anschrift der/des Sprachtherapeut/-in:

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Datum

Unterschrift der/des behandelnden Sprachtherapeut/-in

Stempel