

VIACTIV Krankenkasse  
Zentraler Posteingang  
44775 Bochum

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 VIACTIV 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