

# Logopädie - IQ-Test

## Antrag auf Teilerstattung



Gemeinsam für Ihre Gesundheit.

### Angaben zur Person

Name: ..... Vorname .....

Straße: ..... Nr.: ..... Briefkasten: ..... Index: .....

Postleitzahl: ..... Ort: ..... Land: .....

Nationalregisternummer: .....

### Kontonummer für die Erstattung:

IBAN: .....

### Vom Leistungserbringer auszufüllen

Name und Vorname des Leistungsberechtigten: .....

Datum der Leistung: ..... Bezahlter Betrag\*: .....

Name des Leistungserbringers: .....

Unterzeichnende(r), erklärt hiermit, einen IQ-Test bei obengenanntem Leistungsberechtigten durchgeführt zu haben im Rahmen eines Antrags auf Erstattung einer logopädischen Behandlung einer Sprachstörung der Kategorie B2 oder einer Dysphasie der Kategorie F.

Datum: .....

Stempel und Unterschrift des Psychologen

### Bedingungen für die Kostenerstattung

Für einen IQ-Test, der von einem Psychologen durchgeführt wird und insofern dieser Test sich als unbedingt erforderlich erweist für die Erstattung einer logopädischen Behandlung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (Leistung **971036**), zahlt die Krankenkasse 20 Euro.

Dieser Betrag wird ein einziges Mal je Leistungsberechtigten gezahlt.

\* Der Leistungserbringer ist verpflichtet, hier zumindest ein Ja einzutragen, wenn er einen Mindestbetrag von 20 Euro für die Leistung gefordert hat.

Diese Angaben werden nach den Bestimmungen des Gesetzes über den Schutz des Privatlebens vom 8. Dezember 1992 behandelt. Mit Ausnahme der persönlichen medizinischen und sozialen Daten dürfen diese Informationen verwendet werden, um für Leistungen der Christlichen Krankenkasse und ihrer Unterorganisationen, mit denen ein Abkommen über die Zusammenarbeit besteht, zu werben. Sie haben das Recht auf Einsicht und Korrektur Ihrer persönlichen Daten.