

Antrag auf Kostenübernahme Stimmtherapie

[Ort], den [Datum]

Absender:in

[Vorname Nachname]

[Straße Hausnummer]

[PLZ Ort]

[E-Mail-Adresse]

[Telefonnummer] ← optional

[Versichertennummer / Aktenzeichen] ← je nach Empfänger

Empfänger:in

[Name der Krankenkasse]

Abteilung Leistungsanträge

[Straße Hausnummer]

[PLZ Ort]

Betreff: Antrag auf Kostenübernahme für logopädische Stimmtherapie bei Geschlechtsinkongruenz (ICD-11 HA60) – Versichertennr.: [Nummer]

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich leide an Geschlechtsinkongruenz (ICD-11: HA60). Im Rahmen meiner medizinischen Behandlung wurde durch meine:n behandelnde:n HNO-Ärzt:in eine logopädische Stimmtherapie zur Anpassung der Stimmhöhe und des Stimmklangs als medizinisch notwendig befunden.

Behandlungsdetails

[Überweisende:r HNO-Ärzt:in / Gynäkolog:in]

[Logopädische Praxis]

[Geplanter Behandlungsbeginn]

[Beantragte Therapieeinheiten]

Eine nicht therapierte Stimme kann die psychische Belastung durch die Geschlechtsinkongruenz erheblich verstärken. Die Stimmtherapie ist Teil der medizinisch notwendigen Behandlung gemäß § 27 SGB V in Verbindung mit der S3-Leitlinie Trans-Gesundheit.

Bitte entscheiden Sie innerhalb von drei Wochen gemäß § 13 Abs. 3a SGB V (fünf Wochen bei MDK-Einschaltung).

 **Hinweis:** Bei Ablehnung Widerspruch innerhalb eines Monats einlegen. Einreichung per Einschreiben empfohlen.

Anlagen:

- HNO-ärztliche Überweisung / Verordnung
- Ärztliche Bescheinigung (Diagnose ICD-11 HA60)
- Kostenvoranschlag der logopädischen Praxis

Mit freundlichen Grüßen,

[Unterschrift]

[Vorname Nachname]

[Datum]