

Verein Gleichgewicht
Zum Pflug 10
8462 Rheinau
E-Mail: kontakt@gleichgewicht.ch

Antrag auf Kostenübernahme für eine Therapie aus dem komplementär-medizinischen Bereich

Personalien der Gesuchstellerin / des Gesuchstellers
Vorname:
Nachname:
Strasse:
Postleitzahl/Ort:
E-Mail:
Telefon:
Beziehung zur Klientin / zum Klienten:

Personalien der Klientin / des Klienten
Vorname:
Nachname:
Geburtsdatum:
Strasse:
Postleitzahl/Ort:
E-Mail:
Telefon:

Begründung / Kommentar zur Einreichung des Gesuchs (finanzielle Situation, Berufssituation, Lebenssituation)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Hausarzt/Kinderarzt:

.....

Weitere Therapeuten:

.....

Wer hat die beantragte Therapie empfohlen? Woher bekannt?

.....

.....

Wieviele Stunden werden beantragt Kosten/ Stunde

Diagnose / Indikation für die Therapie

Einfluss und Einschränkungen der bestehenden physischen, psychischen oder geistigen Beeinträchtigung auf den Alltag (Familie, Schule, Beruf)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Bisherige therapeutische Interventionen:

.....

.....

.....

Therapieziele:

Welche Auswirkungen / Veränderungen wünschen oder erhoffen sie sich für Ihr Kind / die Klienten / den Klienten

.....

.....

.....

Ich nehme hiermit zur Kenntnis und bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich im Rahmen der genehmigten Therapieförderung (die auf den Angaben und eingereichten Nachweisen über die finanzielle Situation des Antragsstellers/ der Antragstellerin basiert) verpflichtet bin, den Verein Gleichgewicht zu informieren, sobald sich meine Einkommens- oder Vermögenssituation dahingehend verändert.

Ort, Datum

Unterschrift Antragssteller/in

.....

.....

Kassier informiert am:

Genehmigungsentscheid: JA NEIN

Wenn JA, Anzahl genehmigter Stunden:/ à CHF / Std.

GESAMT: CHF.....

Vom Vorstand genehmigt am:

Ggf. kurze Begründung:

.....
.....
.....

Ort, Datum

1. UnterschriftengeberIn

.....

.....

Ort, Datum

2. UnterschriftengeberIn

.....

.....