



Angelikastr. 4  
01099 Dresden

Info-Tel: (Mo - Fr: 9 - 12 h)  
0351 - 5000 5959

Therapiefonds :  
Tel: 0351 - 268 55 44  
Fax: 0351 - 26 55 90 55

An Frau Barbara Janke  
Therapiefonds der Gesundheitsinitiative Dresden  
Eibauer Str. 15 B  
01324 Dresden

## Formular I

### Patienten-Antrag auf Unterstützung aus dem Therapiefonds der Gesundheitsinitiative Dresden zur Vorlage beim Therapeuten

*(Alle Angaben werden vertraulich behandelt)*

Name, Vorname: ..... Geb. Dat.: .....

Anschrift: .....

Mir wurde durch Fr./Hr. Dr. .... folgende Therapie verordnet:

.....  
Ich bitte um Unterstützung aus dem Therapiefonds der Gesundheitsinitiative Dresden.

Die für die Bearbeitung dieses Antrags erforderlichen Voraussetzungen werden erfüllt:

- Meine Krankenkasse lehnt die Kostenübernahme ganz oder teilweise ab.  
(Ablehnungsschreiben der Krankenkasse liegt bei).
- Ein Kassenwechsel in eine Krankenkasse, die die Kosten übernimmt (Vertrag zur  
Integrierten Versorgung), ist mir zum jetzigen Zeitpunkt nicht möglich. Begründung:  
.....
- Ich habe keine sonstige oder Zusatzversicherung abgeschlossen, die diese Therapie  
teilweise oder vollständig erstattet.
- Ich bin aus wirtschaftlichen Gründen nicht in der Lage, die Therapie selbst  
zu bezahlen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich alle Angaben wahrheitsgemäß und vollständig  
gemacht habe.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Antragstellers

**Bestätigung durch den behandelnden Arzt aus der ‚Gesundheitsinitiative Dresden‘:**

*Ich unterstütze den vorliegenden Antrag.*

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift und Stempel des behandelnden Arztes