



Angelikastr. 17  
01099 Dresden

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

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

Absender:

(Stempel des Therapeuten)

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

## Formular III

### Zahlungsaufforderung

Dresden, den .....

Betr: Pat. .... geboren am: .....  
Name, Vorname

Sehr geehrte Treuhänder des Therapiefonds,

die Therapie mit oben genanntem Patienten ist abgeschlossen. Eine Rechnung wurde an den Patienten gestellt und die Honorarforderung ist beglichen.

Wir bitten, die bewilligte Unterstützung in Höhe von

..... Euro

auf das folgende Konto des Patienten zu überweisen:

Kto-Nr: .....

Geldinstitut: ..... (BLZ: .....)

Dresden, den ..... Unterschrift des Therapeuten.....

### Bearbeitungsvermerke des Therapiefonds:

- Vorgang geprüft
- Bewilligten Therapiekostenzuschuss zur Überweisung an den Patienten angewiesen am .....

Für den Therapiefonds: .....

Datum: .....

Unterschrift: .....