

Gesundheitsinitiative Dresden

im Verein Anthroposophische Heilkunst Dresden e. V.



Angelikastr. 4
01099 Dresden

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

Therapiefonds:
Tel: 0351 - 26 70 879
Fax: 0351 - 84 72 27 94

Absender:

(Stempel des Therapeuten)

Therapiefonds der Gesundheitsinitiative Dresden

z. Hd. Dr. med. Michael Schnur

Fritz-Reuter-Straße 10 a

01097 Dresden

Formular II

Therapeuten-Antrag

Dresden, den

Betr: Pat. geboren am:
Name, Vorname

Sehr geehrte Treuhänder des Therapiefonds,

für die Behandlung mit möchte ich für den oben genannten Patienten eine Unterstützung aus dem Therapiefonds der Gesundheitsinitiative Dresden vorschlagen. Verordnung und Empfehlung vom Hausarzt liegen vor.

Geplante Anzahl der Therapieanwendungen:

Reguläre Kosten insgesamt: Euro

abzgl. Eigenbeteiligung durch den Pat. (mind. 25 %): - Euro

abzgl. evtl. Kostenteilerstattung durch Krankenkasse: - Euro

Beantragter Förderbetrag: Euro

Anlage: Einkommenstabelle (Anlage zu Formular II)

Dresden, den Unterschrift

Bearbeitungsvermerke des Therapiefonds:

Bewilligt in der beantragten Höhe.

Bewilligt in veränderter Höhe:Euro.

Abgelehnt. Begründung:

Anmerkungen:

Für den Therapiefonds:

Datum:

Unterschrift:

Spendenkonto für den Therapiefonds

IBAN: DE72 8502 0500 0003 6093 04

BIC: BFSWDE33DRE

Bank für Sozialwirtschaft