



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

Therapiefonds der Gesundheitsinitiative Dresden
z. Hd. Dr. med. Michael Schnur
Fritz-Reuter-Straße 10 a
01097 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.

Alle hier genannten Voraussetzungen für die Bearbeitung dieses Antrags werden erfüllt:

- Ich habe keine sonstige oder Zusatzversicherung abgeschlossen, die diese Therapie teilweise oder vollständig erstattet.
- Ich bin aus wirtschaftlichen Gründen nicht in der Lage, die Therapiekosten selbst zu bezahlen oder durch private Sponsoren aufzubringen.

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

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich einverstanden mit der für die Förderung erforderliche Verarbeitung meiner Daten durch den Verein *Anthroposophische Heilkunst Dresden e.V.*

.....
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