



Angelikastr. 4  
01099 Dresden

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

Therapiefonds:  
Tel: 0351 - 830 51 88  
Fax: 0351 - 838 67 88

Absender:

(Stempel des Therapeuten)

Frau Dr. med. Pia Inter  
Therapiefonds der Gesundheitsinitiative Dresden  
Kellereistr. 3  
01445 Radebeul

## 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. 50 %): - ..... Euro

abzgl. evtl. Kostenteilerstattung durch Krankenkasse: - ..... Euro

**Beantragter Förderbetrag: ..... Euro**

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