



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

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

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