

Verein Gleichgewicht
Zum Pflug 10
8462 Rheinau
E-Mail: kontakt@gleichgewicht.ch

Antrag auf Kostenübernahme für Reittherapie

Personalien der Gesuchstellerin / des Gesuchstellers
Vorname:
Nachname:
Strasse:
Postleitzahl/Ort:
E-Mail:
Telefon:
Beziehung zur Klientin / zum Klienten:

Personalien der Klientin / des Klienten
Vorname:
Nachname:
Geburtsdatum:
Strasse:
Postleitzahl/Ort:
E-Mail:
Telefon:

Begründung / Kommentar zur Einreichung des Gesuchs (finanzielle Situation, Berufssituation, Lebenssituation)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Hausarzt/Kinderarzt:

.....
Weitere Therapeuten:

.....
Wer hat die Reittherapie empfohlen? Woher bekannt?

.....
.....
Diagnose / Indikation für die Reittherapie

Einfluss der physischen, psychischen oder geistigen Beeinträchtigung auf den Alltag
(Familie, Schule, Beruf)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
Therapieziele:

Welche Auswirkungen / Veränderungen wünschen oder erhoffen sie sich für Ihr
Kind / die Klienten / den Klienten

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

.....

.....

Genehmigungsentscheid: JA NEIN

Von Vorstand genehmigt am :

Ggf. kurze Begründung:

.....
.....
.....

Ort, Datum

.....

1. UnterschriftengeberIn

.....

Ort, Datum

.....

2. UnterschriftengeberIn (KassierIn)

.....