

# Antrag auf finanzielle Unterstützung der Hörtherapie



Förderung von  
Wahrnehmung+Bindung

## Absenderangabe des Antragstellers:

Name: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ Männlich (m)  Weiblich (w)

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

## I. Erfassungsnummer der oder des Beihilfeberechtigten (wird vom Verein vergeben)

\_\_\_\_\_

## II. Auskunft der Patientin / des Patienten

Für wen stellen Sie den Antrag?

Name: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

- Beihilfeberechtigte/Beihilfeberechtigter
- Ehefrau/Ehemann bzw. Lebenspartner/-in
- Tochter/Sohn

Beschreiben Sie bitte kurz die Einschränkung/Behinderung

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Bitte fügen Sie, so möglich, vorhandene Berichte bei, aus denen der Behandlungsbedarf hervorgeht.

- Arzt- / Klinikbericht
- Logopädischer Bericht
- Schulbericht
- Sonstiger Bericht

Begründen Sie bitte, warum Sie die Hörtherapie als geeignete Hilfe ansehen:

---

---

---

---

---

Begründen Sie bitte, warum Sie die Hörtherapiekosten nicht aus eigener Kraft aufwenden können:

---

---

---

---

---

Wurde bereits früher eine Hörtherapie durchgeführt?

Nein       Ja    von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Bei wem? \_\_\_\_\_

Welche Praxis für Systemische Hörtherapie soll die Therapie durchführen?

Praxis: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Website: \_\_\_\_\_

Ich bitte um die finanzielle Unterstützung der Aufwendungen für die Hörtherapie.

Ort

Datum

Unterschrift des Antragstellers