Josef

MIT SOZIAL- UND
HEILPÄDAGOGISCHEM AUFTRAG

Antrag für

- ☐ Physiotherapie
- ☐ Ergotherapie

Antragssteller*in

- ☐ Gesetzliche Vertretung
- ☐ Lehrkraft
- ☐ Therapeut*in
- ☐ Wohngruppen

Name des Klienten: _____ Geb. _____

Adresse (Eltern/Beistand): _____

_____

_____

E-Mail: _____ Tel: _____

Wohngruppe/Klasse/Lehrkraft: _____

Diagnose: _____

_____

Zuständiger Arzt: _____

Kostengutsprache / Verordnung vorhanden:

Krankenkasse: ☐ Welche: _____ IV: ☐

Physiotherapie: ☐ nein ☐ ja gültig bis: _____

Ergotherapie: ☐ nein ☐ ja gültig bis: _____

Grund des Antrags: _____

_____

_____

Datum: _____ Name Antragssteller*in: _____

Bitte Formular ausgefüllt per Post oder E-Mail an folgende Adresse senden:

St. Josef-Stiftung, PHE, Badstr. 4, 5620 Bremgarten / phteam.josef-stiftung@hin.ch