

Antragsnummer: _____



Pferde Stärken e.V.
Verein zur Förderung des
Therapeutischen Reitens
www.pferde-staerken.net
E-Mail: info@pferde-staerken.net

Brühlstrasse 17
72770 Reutlingen

Antrag zur Unterstützung Bedürftiger für pferdegestützte Interventionen (Hippotherapie, Psychotherapeutisches Reiten, Reittherapie bzw. Heilpädagogisches Reiten)

1. Antragsteller

Name, Vorname	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	
Telefon Nr.	Verhältnis zur betroffenen Person

2. Betroffene Person

Name, Vorname	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	
Telefon Nr.	Geburtsdatum

3. Art der Beeinträchtigung (Grund der Förderung)

<input type="checkbox"/>	1. körperliche Beeinträchtigung:
<input type="checkbox"/>	2. seelische Beeinträchtigung:
<input type="checkbox"/>	3. geistige Beeinträchtigung:
<input type="checkbox"/>	4. finanzielle Gründe:

4. Erklärung zu den monatlichen Nettoeinkünften

(nur erforderlich, wenn Punkt 3.4 als Grund der Förderung zutrifft!)

Art und Höhe der Einkünfte – bitte Kontoauszug eines vergangenen Monats (nicht relevantes schwärzen) als Anlage beifügen

5. In welcher Höhe ist eine Eigenbeteiligung möglich?

€/Therapieeinheit

6. Wurde bereits eine Therapie beantragt oder/und abgelehnt?

<input type="checkbox"/> Therapie bereits bei folgendem Kostenträger beantragt (z.B. Krankenkasse, Fördervereine, etc.):
<input type="checkbox"/> noch keine Therapie beantragt bei „Pferde Stärken e.V.“ <input type="checkbox"/> Folgeantrag bei „Pferde Stärken e.V.“

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

Antragsnummer: _____

7. Stellungnahme des behandelnden Arztes

Empfohlene Therapieform

Begründung warum pferdegetützte Intervention (Hippotherapie, Psychotherapeutisches Reiten bzw. Heilpädagogisches Reiten) oder Diagnose nach ICD 10

Ort, Datum

Unterschrift des Arztes / Stempel

8. Therapievorschlagn des behandelnden Therapeuten

Einschätzung der Anzahl/ Dauer/Kosten der Therapiestunden + In Stichpunkten den aufgeführten Therapieplan

Therapieplan und Ziele in Stichpunkten:

Kosten:

Adresse, Emailadresse und Telefonnummer des Therapeuten:

Ausbildungsnachweis des Therapeuten:

liegt bei

liegt bereits vor

Ort, Datum

Unterschrift des Therapeuten/Stempel

Alle Angaben werden nach den datenschutzrechtlichen Bestimmungen behandelt und dienen ausschließlich der Bedürftigkeitsprüfung durch den Verein „Pferde Stärken e.V.“.