

Antrag auf Kostenerstattung der Hippotherapie

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Mitgliedsnummer	

Ich beantrage eine Kostenübernahme für Hippotherapie und erfülle die Bedingungen der Erstattung.

Dies belege ich durch:

☐ einen beigefügten ärztlichen Bericht (einmalig einzureichen)

oder

☐ unten stehende Bescheinigung meines Arztes (einmalig einzureichen)

Datum		Unterschrift des Mitglieds	
-------	--	----------------------------	--

Ich, Unterzeichnete(r),

Dr.	
-----	--

behandelnder Facharzt/Hausarzt bestätige, dass auf die oben genannte Person folgende Diagnose zutrifft:

☐ körperliche Beeinträchtigung

☐ Dyspraxie

☐ Entwicklungsstörung

☐ Autismus

☐ ADS/ADHS

Datum		Unterschrift des Arztes	
-------	--	-------------------------	--