

Einverständniserklärung und Kostengutsprache Therapie

Name, Vorname Klient/in	
Wohngruppe	
Arbeitsplatz	

- | | | | | |
|--------------------------|---------------------|--------------------|----------------------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> | Heileurythmie | Matthias Gorges | EMR-anerkannt | 30' à CHF 75.- |
| <input type="checkbox"/> | Plastizieren | Christine Nallaiah | nur Selbstzahler | 60' à CHF 130.- |
| <input type="checkbox"/> | Rhythmische Massage | Carry Widmer | EMR-anerkannt | 35' à CHF 75.- |
| <input type="checkbox"/> | Rhythmische Massage | Bettina Weisse | EMR-anerkannt | 35' à CHF 75.- |
| <input type="checkbox"/> | Musiktherapie | Anna B. Hess | EMR-anerkannt/Eidg. Diplom | 30' à CHF 65.- |
| <input type="checkbox"/> | Musiktherapie | Simone Lindau | EMR-anerkannt | 30' à CHF 65.- |
| <input type="checkbox"/> | Sprachgestaltung | offen | EMR-anerkannt | 30' à CHF 75.- |

Kostengutsprache Anzahl Lektionen _____

- Ich bin mit der Therapie einverstanden und bestätige die Kostenübernahme
- Ich bin mit der Therapie einverstanden, die Finanzierung ist jedoch nicht möglich.

Datum	
Unterschrift ges. Vertretung	

Korrespondenz-/Rechnungsadresse:

Institution	
Name, Vorname	
Strasse, Nr.	
PLZ, Ort	

Bitte zurückschicken an: