

.....  
Name Ort Datum

.....  
Straße

.....  
PLZ Wohnort

Zuständige Krankenkasse

Antrag auf Übernahme der Kosten für die Behandlung durch das Autismus-Therapie-Zentrum

Träger der Einrichtung:  
**autismus** Ostwestfalen-Lippe e.V.

Sehr geehrte Damen und Herren,

Ich beantrage

die Kostenübernahme der Behandlung für:

.....  
Vorname Zuname Geb.-Datum Geburtsort

.....  
Straße PLZ Wohnort Staatsangehörigkeit

Diagnose:

Die Therapie soll vom Autismus-Therapie-Zentrum Bielefeld durchgeführt werden. Informationen über die Therapie entnehmen Sie bitte dem beigefügten Informationsblatt. Die Notwendigkeit der Behandlung ergibt sich aus der beigefügten psychologischen Stellungnahme.

Die Behandlung soll zunächst \_\_\_\_\_ Therapiestunden pro Woche umfassen. Ich beantrage zunächst die Kostenübernahme bzw. die Kostenbeteiligung für zwei Jahre.

Mit freundlichen Grüßen

.....  
Unterschrift

Auf Wunsch wird nachgereicht:: psychologische Stellungnahme, Kostenvoranschlag, Informationsblatt