

Antrag Therapie

Vorname, Name Klient/in	
Wohngruppe	
Arbeitsplatz	
Vorname, Name Antragsteller/in	
Datum Antrag	

Antrag

<input type="checkbox"/> Heileurythmie <input type="checkbox"/> Plastizieren <input type="checkbox"/> Rhythmische Massage <input type="checkbox"/> Musiktherapie <input type="checkbox"/> Sprachgestaltung	
Begründung, angestrebte Wirkung	
Mit Klient/in besprochen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

⇒ Das ausgefüllte Formular an die [Koordinationsstelle](#) schicken (Stiftung Seehalde, Postfach 152, 5703 Seon)

Auswertung

vom Therapeuten/der Therapeutin auszufüllen

Nach Abschluss der Therapie bei der [Koordinationsstelle](#) abgeben.