

## Therapiezuschuss 2011 (für CF-PatientInnen)

Der Therapiezuschuss muss bis spätestens **30. Juni 2011** eingereicht werden.

**Voraussetzungen:** Mitglied der CF-Hilfe OÖ und **bezahlter** Mitgliedsbeitrag

Der Therapiezuschuss beträgt **2011 € 150,-** und ist als Unterstützung für Meeresaufenthalte, Therapiegeräte, hochkalorische Ernährung, Rezeptgebühren, ... gedacht.

Betroffene, die **über Antrag** Rezeptgebühren befreit sind, erhalten € 300,- Therapiezuschuss. Bitte eine Bestätigung über die Rezeptgebührenbefreiung beilegen.

Dies **gilt nicht** für jene Personen, die im Laufe des Jahres (2% Regelung seit 2008) gebührenbefreit werden. (Vorstandsbeschluss vom 10.1.2009)

Wir bitten Sie, das Formular vollständig auszufüllen, um die Abwicklung der Überweisung zu erleichtern, und um Ihre Daten aktualisieren zu können.

Name des/der PatientIn: \_\_\_\_\_

Name des/der PatientIn: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Betreuendes CF-Zentrum/Arzt/Ärztin

\_\_\_\_\_  
Betreuende PhysiotherapeutIn/DiätologIn/PsychotherapeutIn (Name, Adresse)

\_\_\_\_\_  
Betreuender praktischer Arzt/Ärztin (Name, Adresse)

\_\_\_\_\_  
Betreuender Facharzt/Ärztin (Name, Adresse)

\_\_\_\_\_  
Apotheke Ihres Vertrauens (Es ist günstig, immer die gleiche Apotheke aufzusuchen, da in Notfällen besser geholfen wird. Der/Die ApothekerIn kennt Ihre Situation. Name der Apotheke, ApothekeninhaberIn, Adresse.)

### Kontodaten zur Überweisung des Therapiezuschusses

Bank: \_\_\_\_\_ KontoinhaberIn: \_\_\_\_\_

BLZ: \_\_\_\_\_ Kontonummer: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

**Bitte an unsere Kassierin Sandra Dall schicken oder mailen.**

**[dallsandra@gmx.at](mailto:dallsandra@gmx.at), Eichenstraße 14/12, 4100 Ottensheim**