|  |
| --- |
| Pädagogisch-therapeutische Massnahmen —  Meldung eines Durchführungsstellenwechsels |

**Von der bisherigen Durchführungsstelle auszufüllen und mit den erforderlichen Unterlagen an die neue Leistungserbringerin oder den neuen Leistungserbringer zu senden.**

Name und Vorname des Kindes:

Geburtsdatum des Kindes:

Name und Vorname der gesetzlichen Vertreter:

Adresse des Kindes:

Diagnose:

In Behandlung seit:       Verfall:

Grund des Durchführungsstellenwechsels:

Bei Umzug neue Adresse des Kindes:

Bemerkungen:

Bisherige/r Leistungserbringer/in:

Datum und Unterschrift der bisherigen Stelle:

*Endet die Kostengutsprache innerhalb von 6 Monaten nach dem Wechsel der Durchführungsstelle, so erstellt in der Regel die bisherige Leistungserbringerin oder der bisherige Leistungserbringer den Verlängerungsantrag. Bei Ausnahmen kontaktieren Sie bitte das SoA.*

**Von der neuen Durchführungsstelle auszufüllen und an das SoA zu senden.**

Neue Durchführungsstelle:

Behandlung ab:       Intensität:

Unterschrift:

Ort und Datum:

Visa des SoA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_