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

**Vom bisherigen Leistungserbringer auszufüllen und mit den erforderlichen Unterlagen an den neuen Leistungserbringer zu senden.**

Name und Vorname des Kindes:

Geburtsdatum des Kindes:

Name und Vorname des gesetzlichen Vertreters:

Adresse des Kindes:

Diagnose:

In Behandlung seit:       Verfall:

Grund des Durchführungsstellenwechsels:

Bei Umzug, neue Adresse des Kindes:

Bemerkungen:

Bisheriger Leistungserbringer:

Datum und Unterschrift des bisherigen Leistungserbringers:

*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.*

**Vom neuen Leistungserbringer auszufüllen und an das SoA zu senden.**

Neuer Leistungserbringer:

Behandlung ab:       Intensität:

Unterschrift des neuen Leistungserbringers:

Ort und Datum: