

**Antrag für die Unterstützung eines Kunst- und/oder Musiktherapieprogramms
durch die Fondation ART-THERAPIE**

Name des Programms	
Betroffene Abteilung	
Verantwortliche:r Arzt/Ärztin/Leiter:in des Programms Name, Vorname E-Mail Telefon	
Kunst-/ Musiktherapeut:in Name, Vorname E-Mail Telefon Pensum der Anstellung	
Weitere Kontaktperson Name / Vorname E-Mail Telefon	
HaupteKontaktperson	

1. Wer sind die Begünstigten des Programms (Alter, Pathologien, medizinischer Hintergrund) �� bis 1 Seite	
2. Gesch��tzte Anzahl der Patient*innen pro Jahr und durchschnittliche Dauer der Aufenthalte	
3. Weshalb macht die Kunst- und Musiktherapie in dieser Abteilung Sinn? Beschreiben Sie den grundlegenden Befund bzw. die Problematik der Pathologien für Kinder und Jugendliche, ca. 300 W��rter.	
4. Beschreibung des Programms (Ablauf der Sitzungen, behandelte Themen, Gruppen- oder Einzelsettings, therapeutischer Ansatz etc.) ca. 300 W��rter	
5. Wirkung der Kunst- / Musiktherapie (wenn möglich, gestützt auf wissenschaftliche Literatur)	
6. Langfristige Perspektive des Programms / Skalierbarkeit (Potenzial der Therapieform, sehen Sie z.B. eine eigene Abteilung als möglich, mehr Stellenprozente etc.)	
7. Geben Sie eventuelle, andere von der Fondation ART-THERAPIE unterstützte Programme inkl. Gesamtprojektkosten in diesem Krankenhaus an.	



Budget

THERAPEUT:INNEN	
Stellenprozente	
Salärklasse/Lohnkategorie	
Jahreslohn brutto (inkl. Sozialabgaben, effektive Kosten für das Spital)	
MATERIAL/DIVERSE AUSGABEN	
Jährliche Materialkosten, Anschaffung, Unterhalt (Schätzung)	
Andere Ausgaben (jährlicher Aufwand)	
KOSTEN/FINANZIERUNG	
Projektkosten insgesamt (effektive Ausgaben des Spitals)	
Beitrag der Fondation ART-THERAPIE	
Weitere Einnahmen/Gönner/Förderstiftungen	
Beitrag des Spitals an Salär- und Materialkosten	
Eigenleistung des Spitals	
Indirekte Kosten/Gemeinkosten: Nutzung Spital-Infrastruktur, Personaladministration etc. (Schätzung in % der Personalkosten)	

Fondation ART-THERAPIE 2025