



**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	
Hauptkontakte	

1. Wer sind die Begünstigten des Programms (Alter, Pathologien, medizinischer Hintergrund)
½ bis 1 Seite

2. Geschätzte 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 Wörter.

4. Beschreibung des Programms (Ablauf der Sitzungen, behandelte Themen, Gruppen- oder Einzelsettings, therapeutischer Ansatz etc.) ca. 300 Wörter

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