

# Informationen zum Therapiezuschuss

## Wer kann den Therapiezuschuss beantragen?

- CF-betroffene Mitglieder der CF Hilfe OÖ  
bzw. bei Minderjährigkeit die Erziehungsberechtigten

## Wofür kann der Therapiezuschuss beantragt werden?

- Urlaub (v.a. Meeresaufenthalt, Urlaub in Höhenluft, Erholungsurlaub in Österreich), Rezeptgebühren, Therapiegeräte, hochkalorische Ernährung, Zusatznahrung, Medikamente, Therapiekosten (z.B. Physiotherapie bei Physiotherapeut:in mit Diplom), Sport (z.B. Mitgliedsgebühr Fitnessstudio, Yoga,...),...

Bezüglich Arzneimittel, Heilbehelfe oder Therapien ist Folgendes zu beachten:

- Werden die Kosten für Arzneimittel/Heilmittel/Therapien von der Krankenkasse übernommen, so kann bei einem Privatkau kein Zuschuss dafür bezahlt werden (außer Rezeptgebühren).
- Wird von der Krankenkasse nur ein Teil der Kosten übernommen, so kann für den Selbstbehalt ein Zuschuss gewährt werden (analog Zusatzversicherung). Bitte bezahlte Rechnung bei der Krankenkasse zur Kostenrückerstattung einreichen und dann die Rechnung (Kopie) samt Beleg über Kostenrückerstattung der Krankenkasse dem Antrag auf Therapiezuschuss beilegen!

## Höhe des Zuschusses

**175,- Euro** im Jahr **2026** pro Person mit CF (maximal in Höhe der nachgewiesenen Kosten). Erhöhung des Zuschusses auf maximal **350,- Euro** für CF-Betroffene, die über Antrag von der Rezeptgebühr befreit sind (aktuelle Bestätigung der Rezeptgebührenbefreiung beilegen!). Dies gilt **nicht** für jene Personen, die im Laufe des Jahres aufgrund der 2% Regelung (seit 2008) gebührenbefreit werden (Vorstandsbeschluss vom 10.1.2009).

## Voraussetzungen für den Erhalt des Zuschusses

- Mitgliedschaft bei der CF Hilfe OÖ (ausgefüllte Beitrittserklärung beim Verein aufliegend).  
CF-Betroffene ab dem 18. Lebensjahr haben nur Anspruch auf den Zuschuss, wenn sie selbst Mitglied der CF Hilfe OÖ sind (Beitrittsformular ausfüllen, die Zuschussberechtigung der Erziehungsberechtigten erlischt)
- Eingezahlter Mitgliedsbeitrag des Jahres **2026**
- Einlangen des ordnungsgemäß ausgefüllten und unterschriebenen Antragsformulars bis spätestens **31.10.2026** bei der CF Hilfe OÖ (Kontaktdaten siehe unten)
- Erbringung des Nachweises über die ordnungsgemäße Verwendung des Zuschusses mittels Belege (Kopien) aus dem Zeitraum **1.11.2025 – 31.10.2026**
- Folgende Belege sind zum Beispiel einzureichen:
  - Urlaub: namentlich adressierte Rechnung über bereits erfolgte Reise (Hotel, Reisebüro) inkl. Zahlungsbestätigung bzw Melde- oder Aufenthaltsbestätigung, Angabe Kostenanteil der Person mit CF
  - Rezeptgebühren: Gebührenzusammenstellung der Apotheke oder Einzelbelege
  - Therapien: Rechnung, Beleg der Krankenkasse über die Kostenrückerstattung

*Sollte es schwierig sein, Belege vorzulegen, bitten wir Sie, mit uns Kontakt aufzunehmen (per E-Mail oder telefonisch). V.a. bei vorliegender Rezeptgebührenbefreiung bemühen wir uns immer, eine Lösung zu finden, um einen Zuschuss auszahlen zu können.*

## Ansuchen Therapiezuschuss 2026

### Antragstellerin/Antragsteller:

Name

Adresse

Telefon

E-Mail

### Ich ersuche um einen Zuschuss für:

Name der Person mit CF (pwCF) 1

ja ☐ nein ☐  
rezeptgebührenbefreit

Name der Person mit CF (pwCF) 2

ja ☐ nein ☐  
rezeptgebührenbefreit

### Bankverbindung:

Kontoinhaber:in

Bank

IBAN

BIC

### Beigelegte Belege:

Belegnummer	Verwendungsnachweis	Höhe Kosten
z.B. Beleg 1	Rechnung / Zahlungsbeleg Meeresaufenthalt Mai 20xx	700 Euro

Datum

Unterschrift (Ausdruck bitte handschriftlich unterzeichnen)

## Datenaktualisierung

›Betreuendes CF-Zentrum/Arzt/Ärztin

Name

Adresse (PLZ, Ort, Str., Nr.)

›Betreuende/r praktische/r Arzt/Ärztin

Name

Adresse (PLZ, Ort, Str., Nr.)

›Betreuende/r Facharzt/ärztin

Name

Adresse (PLZ, Ort, Str., Nr.)

›Betreuende/r Physiotherapeut:in

Name

Adresse bzw. Krankenhaus (PLZ, Ort, Str., Nr.)

›Betreuende/r Psychotherapeut:in

Name

Adresse bzw. Krankenhaus (PLZ, Ort, Str., Nr.)

›Betreuende/r Diätolog:in

Name

Adresse bzw. Krankenhaus (PLZ, Ort, Str., Nr.)

Platz für Mitteilungen an uns:

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

Belege als pdf oder jpg im E-Mail als Anhang (nicht eingebettet) schicken.

Die E-Mailgröße darf 8 MB nicht überschreiten, besser mehrere Mails schicken.

**Formular und Belege schicken oder mailen Sie bitte an unsere Vereinsadresse:**

**Cystische Fibrose Hilfe OÖ, Schießstattstraße 59, 4048 Puchenu**

**office@cystischefibrose.info (Kein WhatsApp!)**