

Fragebogen

Liebe Interessenten,

wir bitten Sie, den anliegenden

„Fragebogen zur Vorbereitung der Delphintherapie“

ausgefüllt und mit einer Kopie des letzten Arztberichtes des Patienten an dolphin aid zu senden:

dolphin aid e.V.
Angermunder Straße 9

40489 Düsseldorf

T 00 49 203 / 74 62 80
F 00 49 203 / 74 81 063

Sollte Ihre Planung im Zusammenhang mit der Delphintherapie einen Antrag auf finanzielle Unterstützung bei dolphin aid beinhalten, bitten wir Sie vorzumerken, dass Sie uns **4 Monate vor Ihrem Abreisetermin** bezüglich der notwendigen Formulare kontaktieren. (Nach Erhalt dieser Unterlagen ist es dann unbedingt erforderlich, dass Sie das Formblatt, innerhalb von spätestens 14 Tagen, mit den notwendigen Anlagen an uns weiterleiten).

Sollten Sie die Therapie aus eigenen Mitteln finanzieren können, müssen wir Sie **eindringlich darauf hinweisen, dass die Zahlungstermine unbedingt einzuhalten sind. Wir senden Ihnen rechtzeitig eine Kostenaufstellung.**

Herzlichen Dank

Ihr
Team von
dolphin aid e.V.

Fragebogen zur Vorbereitung der Delphin-Therapie (Questionnaire for the dolphin human therapy)

*Bitte dieses Formular komplett elektronisch oder in DRUCKBUCHSTABEN ausfüllen!
Ansonsten kann eine Bearbeitung nicht garantiert werden.*

Name des Interessenten: _____ Anmeldedatum: _____
(Name of interested person) (date of registration)

Adresse (Straße, PLZ, Ort, Land): _____
(Address: Street, ZIP Code, Town, State)

Bundesland (federal state): _____

Telefonnummer privat / beruflich/ Mobil: _____
(private telephone number /at work)

e-mail adresse: _____
(e-mail address)

Name des Patienten: (wenn abweichend) _____ Geburtsdatum: _____
(Name of patient person) (if different) (date of birth)

Geschlecht (sex): männlich (male) weiblich (female)

Anzahl der Geschwister die im Haushalt leben (Number of Siblings): _____

Krankenkasse: _____ Schwerbehindertenausweis-Nr.: _____

Diagnose mit ICD-10 Schlüssel:
(diagnosis)

Symptome: _____
(symptoms)

Seit wann sind Sie erkrankt? (Since when she disabled?)

seit Geburt spätere Erkrankung im Alter von _____
(from birth) (later aquired disability at the age of)

Wodurch wurde die Krankheit verursacht? (disability caused by?)

Welche Entwicklungsstadien sind bisher beobachtet worden?
(Which development stages have been observed so far?)

bisherige Therapien: (previous therapies) _____

Familiensituation (family situation): _____

Wirtschaftliche Situation, Einkommen, etc (economic situation, income etc): _____

Soziale Situation (Hilfen von Anderen etc.) (social situation – support provided by other persons, etc.):

Besondere Wünsche: (special requests): _____

Persönliche Anmerkungen: (personal note)

Was erwarten Sie von der Therapie: (What do you expect from this therapy?) _____

WICHTIG: Für welches Therapiezentrum haben sie sich entschieden: _____
(Wir senden Ihnen dann die entsprechenden Anmeldeformulare.)

Woher kennen Sie *dolphin aid*? (Where do you know *dolphin aid* from?)

Zeitung (newspaper) TV/Radio Werbung (advertisement) andere Personen (other persons)

Wann haben Sie erstmals etwas über *dolphin aid* gehört? _____
(When have you heard the first time from *dolphin aid*?)

Ja, mit der Speicherung meiner Daten durch den Verein *dolphin aid* e.V. bin ich einverstanden. Diese Daten werden nur zu Vereinszwecken verwendet. Eine Weitergabe erfolgt nur an Personen die in einem unmittelbaren oder mittelbaren Zusammenhang mit der Organisation und/oder Durchführung einer tiergestützten Therapie stehen. Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen werden beachtet. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

Datum: _____
(date)

Unterschrift: _____
(Signature)