

## Anmeldebogen dolphin aid e.V.

Liebe Interessenten,

wir bitten Sie, den anliegenden

**„Fragebogen zur Vorbereitung der Delphingestützten Therapie“**

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

dolphin aid e.V.  
Angermunder Straße 9  
40489 Düsseldorf

[info@dolphin-aid.net](mailto:info@dolphin-aid.net)

E-Mail Anhänge bitte als PDF-Scans (bitte keine Fotos von Unterlagen)

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

Bei minderjährigen Patienten bitten wir die gesetzlichen Regelungen zu beachten. Insbesondere bei Auslandsreisen wird die Zustimmung aller Sorgeberechtigten benötigt.

Die gesamte Therapie-Reise (Therapiekosten, Flüge und Unterkunft) ist durch Spendengelder zu finanzieren. Wenn 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 vorläufige Kostenaufstellung zu.

Vielen herzlichen Dank

Ihr Team von  
dolphin aid e.V.

## Fragebogen zur Vorbereitung der Delphingestützten Therapie

(Questionnaire for the dolphin human therapy)

**Dieses Formular bitte komplett elektronisch oder in DRUCKBUCHSTABEN ausfüllen!**  
**Ansonsten kann eine Bearbeitung nicht garantiert werden. Vielen Dank!**

Name des Interessenten: \_\_\_\_\_ Anmeldedatum: \_\_\_\_\_  
(Name of interested person) (Date of registration)

bei minderjährige Patienten, Namen sorgeberechtigter/unterhaltspflichtiger Eltern (Name of parents for minors):

\_\_\_\_\_

Adresse (Straße, PLZ, Ort): \_\_\_\_\_  
(Address: Street, ZIP Code, Town)  
Land u. Bundesland (State, federal state): \_\_\_\_\_

Telefonnummer privat/beruflich/Mobil: \_\_\_\_\_  
(Telephone number private/at work/mobile)

E-Mail Adresse: \_\_\_\_\_  
(e-mail address)

**Name des Patienten**, wenn abweichend: \_\_\_\_\_  
(Name of patient, if different)  
Geburtsdatum Patient (date of birth): \_\_\_\_\_

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

Anzahl der Geschwister, die im Haushalt leben (number of siblings): \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Schwerbehindertenausweis-Nr.: \_\_\_\_\_

Diagnose mit ICD-10 Schlüssel (diagnosis):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Symptome (symptoms): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wann trat die Erkrankung/Behinderung auf? (When did the disability occur?)

seit Geburt  spätere Erkrankung im Alter von \_\_\_\_\_  
(Since 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 people, 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:  
(Which therapy center did you choose?)**

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

soziale Medien (social media)

Zeitung (newspaper)

TV/Radio

Werbung (advertisement)

andere Personen (other persons)

Wann haben Sie erstmals etwas über *dolphin aid* gehört?  
(When did you first hear about *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. (Yes, I consent to the storage of my data by the association *dolphin aid* e.V. These data are only used for organizational purposes. It will only be passed on to people who are directly or indirectly related to the organization and / or implementation of animal-assisted therapy. The data protection regulations are observed. This consent can be revoked at any time.)**

Ort, Datum: \_\_\_\_\_  
(place, date)

Unterschrift: \_\_\_\_\_  
(signature)