

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

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)