



## Anmeldebogen delfine therapieren menschen e. V.

Liebe Interessenten,

wir bitten Sie, den anliegenden

### „Fragebogen zur Vorbereitung der delfingestützten Therapie“

digital-interaktiv oder in Druckbuchstaben ausgefüllt, unterschrieben

und

mit einer **Kopie des letzten Arztberichtes des Patienten** (aus dem die Diagnosen hervorgehen)

zu senden an:

delfine therapieren menschen e. V.  
Angermunder Straße 9  
40489 Düsseldorf

[info@delfine-therapieren-menschen.de](mailto:info@delfine-therapieren-menschen.de)

Hinweis:

E-Mail Anhänge bitte als PDF-Scans (**Bitte keine Fotos von Unterlagen!** Diese können auch vom Therapiezentrum nicht bearbeitet werden!)

Tel. 00 49 203 / 74 62 80  
Fax 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 grundsätzlich 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  
delfine therapieren menschen e. V.*

## Fragebogen zur Vorbereitung der delfingestützten Therapie (Questionnaire for the dolphin human therapy)

**Dieses Formular bitte komplett digital 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 minderjährigen 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(n) mit ICD-10 Schlüssel** (diagnosis):

---

---

---

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

---

---

---

---

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

seit Geburt (since birth)  spätere Erkrankung im Alter von \_\_\_\_\_  
(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.):

---

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

---



---

Besondere Wünsche: (special requests): \_\_\_\_\_

---

Persönliche Anmerkungen: (personal note) \_\_\_\_\_

---



---

WICHTIG: Für welches Therapiezentrum haben sie sich entschieden: \_\_\_\_\_  
(Which therapy center did you choose?)

Woher kennen Sie delfine therapieren menschen?  soziale Medien (social media)  
(Where do you know delfine therapieren menschen from?)

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

Wann haben Sie erstmals etwas über delfine therapieren menschen gehört? \_\_\_\_\_  
(When did you first hear about delfine therapieren menschen?)

Ja, mit der Speicherung meiner Daten durch den Verein delfine therapieren menschen 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 delfine therapieren menschen 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)