

## Anmeldebogen delfine therapieren menschen e. V.

Liebe Interessenten,  
Liebe Familien,

gerne möchten wir Sie bei der Realisierung einer Delfintherapie unterstützen. Weitere Informationen rund um das Thema delfingestützte Therapie und unseren gemeinnützigen Verein finden Sie im Dokument „Angehörigen Information“ und auf unserer Homepage.

Für die Anmeldung eines Patienten bei uns im Verein füllen Sie bitte den anliegenden „Fragebogen zur Vorbereitung der delfingestützten Therapie“ - digital-interaktiv oder in gut lesbaren Druckbuchstaben aus. Senden Sie ihn unterschrieben und mit einer Kopie des letzten aussagekräftigen Arztberichtes (aus dem die Diagnosen hervorgehen) an uns.

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

Hinweis: E-Mail Anhänge grundsätzlich bitte als gut lesbare Scans, gerne als PDF, zusenden. Bitte keine Fotos von Unterlagen! Diese können auch vom Therapiezentrum nicht bearbeitet werden.

Oder Fax: +49 203 - 74 81 063

Oder Post: delfine therapieren menschen e. V.  
Angermunder Straße 9  
40489 Düsseldorf

Wenn Sie die Delfintherapie für einen volljährigen Patienten oder ein Pflegekind planen, lassen Sie uns bitte eine entsprechende Vertretungsvollmacht oder den Betreuerausweis in Kopie zukommen. Bei minderjährigen Patienten beachten Sie bitte die gesetzlichen Regelungen. Insbesondere bei Auslandsreisen wird die Zustimmung aller Sorgeberechtigten benötigt.

Die gesamte Therapie-Reise (Therapiekosten, Flüge und Unterkunft) wird in der Regel durch Spendengelder finanziert. Wenn Sie die Therapie aus eigenen Mitteln (mit-)finanzieren können, müssen wir Sie darauf hinweisen, dass die Zahlungstermine unbedingt einzuhalten sind. Wir senden Ihnen rechtzeitig eine vorläufige Kostenaufstellung zu.

Als anerkannter gemeinnütziger Verein stehen wir Ihnen gerne mit Rat und Tat zur Seite. Wir begleiten Betroffene und Familien nun bereits seit über 25 Jahren Schritt für Schritt auf Ihrem Weg zur Delfintherapie.

Sollten Sie noch Fragen haben oder Hilfe beim Ausfüllen des Fragebogens benötigen, schicken Sie uns gerne eine E-Mail oder rufen Sie uns doch einfach an.

delfine therapieren menschen e. V.

Telefon: +49 203 - 74 62 80

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

Website: [www.delfine-therapieren-menschen.de](http://www.delfine-therapieren-menschen.de)

Mit herzlichen Grüßen,  
*Ihr Team von*  
*delfine therapieren menschen*

## Fragebogen zur Vorbereitung der delfingestützten Therapie

(Questionnaire for the preparation of a dolphin assisted therapy)

Dieses Formular bitte komplett digital oder in gut lesbaren DRUCKBUCHSTABEN ausfüllen! Danke!

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

Namen aller Eltern/Sorgeberechtigten/Unterhaltspflichtigen oder rechtlichen Vertreter, bei minderjährigen Patienten oder Betreuungsfällen (name of all parents for minors or legal guardians/representatives):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Adresse (Straße, PLZ, Ort): \_\_\_\_\_  
(address: street, zip code, town)

Land u. Bundesland (nation, federal state): \_\_\_\_\_

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

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

Name des Patienten: \_\_\_\_\_  
(name of patient)

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.: \_\_\_\_\_  
(health insurance) (severely disabled ID card no)

Diagnose(n) mit ICD-10 Schlüssel (diagnosis):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

seit Geburt (since birth)  spätere Beeinträchtigung im Alter von: \_\_\_\_\_  
(later acquired impairment at the age of)

Wodurch wurde die Beeinträchtigung 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) \_\_\_\_\_

---



---

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

Woher kennen Sie delfine therapieren menschen?  soziale Medien (social media)  
(How did you become aware of delfine therapieren menschen?)

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

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)