

MEDIZINISCHE INFORMATIONEN

Alter:

Gewicht:

Größe:

Diagnose und andere wichtige medizinische

Ist die Diagnose seit der Geburt bekannt oder wurde die Erkrankung erst später festgestellt?
Wenn ja, in welchem Alter und warum?

Gibt es eine medizinische Vorgeschichte (Krankenhausaufenthalt, Operationen, Untersuchungen usw.)? Wenn ja, wann und warum?

Welche Medikamente nehmen Sie/nimmt der Teilnehmer (Name, Dosierung, seit wann, Erfolg und Nebenwirkung)?

Reagieren Sie/reagiert der Teilnehmer überempfindlich oder zeigen Sie/zeigt er paradoxe Reaktionen auf bestimmte Medikamente?

WICHTIGE FRAGEN, DIE DAS ALLTAGSVERHALTEN BETREFFEN

Können Sie/Kann der Teilnehmer sehen?	Ja	Nein
Können Sie/Kann der Teilnehmer hören?	Ja	Nein
Können Sie/Kann der Teilnehmer den Kopf alleine halten?	Ja	Nein
Können Sie/Kann der Teilnehmer alleine sitzen?	Ja	Nein
Können Sie/Kann der Teilnehmer alleine stehen?	Ja	Nein
Können Sie/Kann der Teilnehmer alleine laufen?	Ja	Nein
Können Sie/Kann der Teilnehmer sprechen?	Ja	Nein
Verstehen Sie/versteht der Teilnehmer, was gesagt wird?	Ja	Nein
Können Sie/Kann der Teilnehmer Anweisungen umsetzen?	Ja	Nein
Zeigen Sie/zeigt der Teilnehmer aggressives Verhalten gegenüber Tieren?	Ja	Nein
Zeigen Sie/zeigt der Teilnehmer aggressives Verhalten gegenüber Menschen?	Ja	Nein
Zeigen Sie/zeigt der Teilnehmer autoaggressives Verhalten?	Ja	Nein
Haben Sie/hat der Teilnehmer Angst vor Wasser?	Ja	Nein
Haben Sie/hat der Teilnehmer Trennungsangst?	Ja	Nein

Welche Ärzte behandeln Sie/der Teilnehmer (Name, Fachrichtung, Krankenhaus, Adresse, Telefonnummer und Art der Behandlung)? Geben Sie bitte an, welcher Arzt Sie/ den Teilnehmer hauptsächlich behandelt. Dieser Arzt sollte den zweiten Teil des Anmeldeformulars ausfüllen.

Welche Therapien erhalten Sie/erhält der Teilnehmer? Wer sind die verantwortlichen Therapeuten und unter welcher Zielvorgabe wird therapiert (Name, Fachrichtung, Krankenhaus, Adresse und Telefonnummer)? Gerne können Sie auch vorhandene Therapieberichte beifügen!

Welche Therapien haben Sie/hat der Teilnehmer bis jetzt durchlaufen? In welchem Zeitraum und mit welchen Resultaten?

FRAGEN, DIE UNS IM ZUSAMMENHANG MIT DER DELPHINGESTÜTZTEN THERAPIE INTERESSIEREN

Haben Sie/hat der Teilnehmer schon einmal an einer delphingestützten Therapie teilgenommen? Wenn ja, wann und wo?

Was waren die Ergebnisse dieser Therapie?

Wie fühlen Sie sich/fühlt der Teilnehmer sich im Meer (ängstlich oder wohl)?

Wie würden Sie Ihre/ des Teilnehmers Schwimmfähigkeit bezeichnen? Haben Sie/hat der Teilnehmer ein Schwimmbzeichen?

Bitte geben Sie ebenfalls die Schwimmfähigkeit der Geschwisterkinder an.

Haben Sie/hat der Teilnehmer schon Erfahrung mit Wasser Therapie? Wenn ja, welche?
Wie waren die Ergebnisse?

Wie erwarten Sie werden Sie/ wird der Teilnehmer darauf reagieren, mit einem Therapeuten und einem Delphin in 3m tiefem Wasser zu schwimmen?

Was sind Ihre Erwartungen und Wünsche in Bezug auf die delphingestützte Therapie?
Bitte bringen Sie, wenn vorhanden, das von Ihnen verwendete Kommunikationsgerät mit, wenn die Verbesserung der Kommunikation ein Ziel/eine Erwartung ist.

Haben Sie noch Fragen, die die Therapie betreffen? Gibt es Informationen, die wichtig für uns sein könnten, um zu beurteilen, ob die delphingestützte Therapie für Sie/den Teilnehmer geeignet ist?

Nachfolgend können Sie Ihre favorisierten Therapie Perioden eintragen. Bitte beachten Sie dafür die Übersicht auf unserer Website www.cdtc.info. Die Therapieperioden sind nummeriert von 1 bis 25. Die Therapie beginnt in der Regel an einem Montag und endet zwei Wochen später an einem Freitag.

Bitte beachten Sie, dass die von Ihnen ausgewählte Therapieperiode immer nur in Abhängigkeit von der Verfügbarkeit festgelegt werden kann. Obwohl CDTC stets bemüht ist, Wünsche von Therapieteilnehmern zu berücksichtigen, können wir keine Garantie auf eine bestimmte Therapiezeit, Therapeuten und/oder Delphin geben.

Möglichkeit 1 Jahr: Nummer der Periode:

Möglichkeit 2 Jahr: Nummer der Periode:

Möglichkeit 3 Jahr: Nummer der Periode:

Um unsere Informationen zu verbessern und nachzugehen, wie sie auf das CDTC aufmerksam geworden sind, bitte wir Sie dies hier anzukreuzen:
(Bitte kreuzen Sie an)

Soziale Medien

Website

Medien

Flyer

Messe, wenn ja, welche

Google

Information Abend

Andere Eltern

Arzt/Therapeut/Krankenhaus

Schule/Kinderbetreuung

Anders, nämlich

Der Unterzeichner erklärt hiermit, dass dieses Formular wahrheitsgemäß ausgefüllt wurde. Wenn sich herausstellt, dass das Formular nicht wahrheitsgemäß ausgefüllt wurde, kann die Therapieteilnahme nicht garantiert werden.

Der Teilnehmer/Familienangehörigen/rechtliche Betreuer des Teilnehmers erklärt, durch seine/ihre Unterschrift die allgemeinen Geschäftsbedingungen des CDTC gelesen zu haben und diese auch anzuerkennen.

Name:

Datum:

Unterschrift:

