



# CURAÇAO DOLPHIN THERAPY & RESEARCH CENTER N.V.

("CDTC")

At the Curaçao Sea Aquarium Park

Bapor Kibra z/n  
Willemstad  
Curaçao

T: (+599 9) 4619886

E: [info@cdtc.info](mailto:info@cdtc.info)

Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie sind von Ihrem Patienten oder von einem Familienangehörigen/Betreuer gebeten worden, diesen Fragebogen auszufüllen. Dieser Fragebogen ist Teil des Anmeldeformulars für die geplante delphingestützte Therapie im Curaçao Dolphin Therapy & Research Center (CDTC). Das Curaçao Dolphin Therapy & Research Center (CDTC) bietet Menschen mit besonderen physischen, psychischen oder mentalen Bedürfnissen und deren Familien die Gelegenheit, an einem besonderen Therapieprogramm teilzunehmen, in dem die Interaktion mit Delphinen einen wesentlichen Bestandteil darstellt. Delphingestützte Therapie ergänzt und verstärkt traditionelle therapeutische Ansätze. Die durchgeführte Therapie findet dabei in einer unkonventionellen Umgebung, in und am Meer statt. Sollten Sie Interesse daran haben, die Forschungsergebnisse von Dr. Nicole Lämmermann über Delphintherapie nachzulesen, bitten wir Sie auf folgenden Link zu klicken: <http://edoc.ub.uni-muenchen.de/15351/>

Das Therapieteam des CDTC besteht aus einer internationalen, multidisziplinären Gruppe von Therapeuten, Delphintrainern und Delphinen. Die lizenzierten und zertifizierten Therapeuten kommen aus Fachbereichen wie: Physiotherapie, Sprachtherapie, Verhaltenstherapie, Sozialpädagogik, Psychologie und Familienberatung.

Das CDTC führt keine medizinischen Behandlungen durch, steht jedoch in engem Kontakt zu ortsansässigen Hausärzten, Fachärzten und Krankenhäusern.

Um optimal beurteilen zu können, ob eine delphingestützte Therapie für den Teilnehmer sinnvoll ist, bitten wir Sie, den beigefügten Fragebogen auszufüllen.

Informationen über Ablauf und Struktur der Therapie bzw. über unser Therapie Konzept, können Sie telefonisch unter der Nummer (+5999) 4619886 oder per E-Mail [info@cdtc.info](mailto:info@cdtc.info) erhalten.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

Wir verbleiben mit herzlichen Grüßen,

Das CDTC-Team

# ANMELDEFORMULAR TEIL 2

Beantwortung durch den behandelnden Arzt

**CDTC denkt an die Umwelt und bittet sie darum, diese Dokument digital auszufüllen. Klicken sie einfach in das Antwortfeld und füllen sie ihre Antwort ein. Für ein Hilfe zum Erstellen der digitalen Unterschrift können Sie uns via [info@cdtc.info](mailto:info@cdtc.info) um Instruktionen Fragen. Vielen Dank für ihre Mitarbeit!**

## Name des Arztes:

Fachgebiet:

PLZ:

Name der Praxis:

Land:

Straße:

Fax:

Ort:

Telefon:

E-Mail:

## Name des Teilnehmers:

Geburtsdatum Teilnehmer:

Geschlecht:

**Bitte geben Sie die Diagnosen immer mit dem ICD-10 code an!**

Hauptdiagnose:

ICD-10 Code:

Nebendiagnose:

ICD-10 Code:

## HAT DER TEILNEHMER:

Parenterale Ernährung

Dermatitis

Koma/Wachkoma

Nasen-/Magensonde

Ekzeme

Anfällig für Otitis

Kolostomie

Sonnenallergie

Shunts

Gastrostomie

andere Allergien

Paukenröhrchen

Ileostomie

Pilzinfektionen

Angst vor dem Wasser

Respiratorische Erkrankungen

Hautinfektionen

andere Hautkrankheiten

Tracheostoma

Psychiatrische Erkrankungen

Epilepsie Häufigkeit der Anfälle im Monat:

## WEITERE ANMERKUNGEN

Welche Medikamente bekommt der Teilnehmer (Name, Dosierung, Wirkung und Nebenwirkung)?

Sind Allergien gegenüber Medikamenten bekannt? Wenn ja, welche? Weitere allergische Reaktionen? Paradoxe Reaktionen?

Welche eventuellen Risiken sehen Sie für Ihren Teilnehmer bezüglich einer delphingestützten Therapie?

Welche Maßnahmen zur Vorbeugung empfehlen Sie?

Bestehen Ihrerseits Bedenken gegen die Teilnahme an einer delphingestützten Therapie?

Gibt es Einwände, die gegen eine Flugreise sprechen?

Gibt es Gründe dem Teilnehmer abzuraten, sich im Wasser (Meer) mit einem Therapeuten und einem Delphin aufzuhalten?

Haben Sie bestimmte Erwartungen an die delphingestützte Therapie? Wenn ja, welche?

Haben Sie sonstige Bemerkungen, die wichtig sind für den Aufenthalt auf Curaçao?

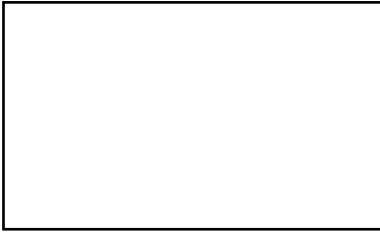
**Der unterzeichnende Arzt erklärt, den Fragebogen wahrheitsgetreu ausgefüllt zu haben und stimmt dem Antrag der Teilnehmer/Betreuer von \_\_\_\_\_ (Name der Teilnehmer) zu, an einer delphingestützten Therapie im CDTC teilzunehmen.**

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Name des Arztes:

Datum:

Unterschrift:

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the doctor's signature.