

Anmeldeformular



Name des Therapieteilnehmers:

Vorname:

Straße Nr.

PLZ/Ort:

Land:

Telefonnummer:

E-Mail:

Geburtsdatum:

Mitreisende Personen mit Geburtsdatum:

Geschlecht:

Körpergröße:

Gewicht:

Therapiewunschtermin:

Rollstuhl: Nein

JA

Ärztlich gestellte Diagnose:

Bericht aus Ihrer Sicht:

Wodurch wurde die Krankheit /Psychische Störung /Behinderung verursacht ?

Spätere Erkrankungen:

Anmeldeformular



Wird die/der Therapienteilnehmerin/er medikamentös behandelt? Wenn ja bitte Medikation angeben.

Stärken und Schwächen:

Therapieziel:

Gewünschter Therapeut:

Ich habe die Allgemeinen Geschäftsbedingungen und die Delphintherapie Informationen von www.delphintherapie.eu zur Kenntnis genommen.
Und melde mich hiermit zur Delphintherapie an.

Ort:

Datum:

Unterschrift: