

## Fragebogen Reittherapie/Reitferien

Vielen Dank für Ihr Interesse an unserem Angebot. Für die Reittherapie/Reitferien benötigen wir von Ihnen noch zusätzliche Angaben. Diese Informationen werden streng vertraulich behandelt!

Vorname: \_\_\_\_\_  
Name: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
PLZ / Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

**1. An welcher Behinderung oder Krankheit leiden Sie?**

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

**2. Haben Sie Reittherapieerfahrung?**

- |                            |                             |                               |
|----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| – Hippotherapie            | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| – Heilpädagogisches Reiten | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| – Behindertenreiten        | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |

Wenn ja, wie lange und wo?

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

**3. Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein?**

Ja       Nein

Wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_

**4. Ihre Körpermasse?**

Grösse: \_\_\_\_\_ cm      Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

**5. Leiden Sie an Allergien?**

Ja       Nein

Wenn ja, welche?

---

**6. Sind Sie in physiotherapeutischer Behandlung?**

Ja       Nein

Wenn ja, Name und Adresse des Physiotherapeuten?

---

---

**7. Sind Sie in regelmässiger ärztlicher Behandlung?**

Ja       Nein

Wenn ja, Name und Adresse des Arztes?

---

---

**8. Ihr Kostenträger?**

Krankenkasse

IV

Versicherung

Selbstzahler

**9. Ihre Unfallversicherung?**

---

---

**10. Benötigen Sie Hilfsmittel?**

Rollstuhl

Stöcke

Sonstige: \_\_\_\_\_

---

**Ort / Datum:**

**Rechtsgültige Unterschrift:**