



Anamnesebogen für die Reithherapie

Vorname, Name des Klienten/in :

Körpergröße : _____

Gewicht : _____

Welche Einrichtung / Schule besucht der Klient/in :

1. Besteht eine Behinderung, Besonderheit der Entwicklung oder chronische Erkrankungen ? :

Nein ja, welche ?

(Diagnose, falls vorhanden mit Arztberichten)

2. Ist ein Laufen ohne Hilfsmittel/Hilfestellung möglich ?

Nein ja

3. Ist eine verbale Verständigung möglich ?

Nein ja

4. Gibt es Einschränkungen des Seh – und/oder Hörvermögens ?

Nein ja



5. Gibt es etwas zu beachten (Angst vor speziellen Dingen, Umgang mit Gefahren etc.) ?

Nein ja

6. Besteht bereits Pferde- oder Reit/Voltigiererfahrung ?

Nein ja

Wenn ja, welcher Art ?

7. Aus welchem Grund möchten Sie die Reittherapie nutzen ?

8. Liegt eine der folgenden Erkrankungen oder Besonderheiten vor ?

Herz – Kreislauf – Erkrankung ? Nein Ja, welche ?

Krampfleiden – Epilepsie ? Nein Ja, welche ?

Allergien ? Nein Ja, welche ?

- **Bitte beachten Sie** : wenn eine der oben genannten Krankheiten oder Besonderheiten vorliegen, benötige ich eine Unbedenklichkeitsbescheinigung des Arztes vor Beginn der Therapie



9. Werden regelmäßig Medikamente eingenommen ?

Nein ja wenn ja, welche ?

10. Werden Notfall – Medikamente (Epilepsie, Allergien etc.) benötigt ?

Nein ja wenn ja, welche ?

- **Bitte beachten Sie** : Wenn ein Notfall- Medikament benötigt wird, füllen Sie bitte das Beiblatt aus

11. Wünsche und Erwartungen an die Reittherapie ?

Ort

Datum

Unterschrift



Berechtigung zur Gabe des Notfallmedikamentes

Vorname, Name des Klienten/in :

Geburtsdatum des Klienten/in :

Name des Notfall- Medikamentes :

Dosierung :

Genauere Beschreibung der Eingabe des Medikamentes :

Ärztliche Bescheinigung zur unbedenklichen Eingabe des Medikamentes :

Durch die Unterschrift bestätigen Sie, dass das o.g. Medikament ärztlich verordnet ist und nicht unter die Bestimmung des Betäubungsmittelgesetzes fällt.

Hiermit stellen Sie die Reittherapeutin von jeglicher Haftung und Verantwortung frei. Dies gilt auch für den Fall, dass Personenschäden (auch Dritter) durch die Einnahme des ausgehändigten Notfallmedikamentes entstehen sollten.

Ort,

Datum

Unterschrift