

# ANAMNESEBOGEN

## KINDERFÖRDERZENTRUM THERAPEUTISCHES REITEN



### Angaben zum Kind

Name des Kindes: ..... Vorname des Kindes: .....

Kunden-Nr.: .....

Größe des Kindes: ..... cm Gewicht des Kindes: ..... kg

Welche Einrichtung / Schule besucht Ihr Kind? .....

.....

### 1. Hat Ihr Kind eine Behinderung, eine Besonderheit in seiner Entwicklung oder eine chronische Erkrankung?

nein  ja – welche\*? .....

.....  
\*Bitte geben Sie die Diagnose an (falls vorhanden).

2. Kann Ihr Kind ohne Hilfsmittel / Hilfestellung laufen?  ja  nein  unsicher

3. Ist Ihr Kind in der Lage, sich verbal zu verständigen?  ja  nein  unsicher

4. Gibt es Einschränkungen des Seh- oder Hörvermögens?  ja  nein  unsicher

5. Benötigt ihr Kind einen erhöhten Betreuungsbedarf?\*  ja  nein  unsicher

\*Merke: in integrativen Gruppenangeboten ist eine Einzelbetreuung nicht möglich

6. Benötigt Ihr Kind Hilfe beim Toilettengang?  ja  nein  unsicher

### 7. Müssen wir bei Ihrem Kind etwas beachten (z.B. Angst vor Tieren, Umgang mit Gefahren)?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

# ANAMNESEBOGEN

## KINDERFÖRDERZENTRUM THERAPEUTISCHES REITEN



8. Verfügt Ihr Kind bereits über Pferde- oder Reiterfahrten?  ja  nein

Wenn ja, welcher Art? .....

.....

9. Aus welchem Grund soll Ihr Kind an unserem Reitangebot teilnehmen?

.....

.....

.....

10. Liegt bei Ihrem Kind eine der folgenden Krankheiten oder Besonderheiten vor?

Herz-Kreislauf-Erkrankung?  nein  ja, welche?\* .....

Epilepsie/Krampfleiden?  nein  ja, welcher Art?\* .....

Allergien?  nein  ja, welche?\* .....

**\*Bitte beachten Sie:** wenn bei Ihrem Kind eine der oben genannten Krankheiten oder Besonderheiten vorliegt, benötigen wir einen Unbedenklichkeitsbescheinigung des Arztes vor Beginn der Therapie.

11. Ist Ihr Kind frei von ansteckenden Erkrankungen / Infektionen (z.B. MRSA / HIV / TBC / Hepatitis C)?

ja  nein, welche?\* .....

**\*Bitte beachten Sie:** Aufgrund der hygienischen Voraussetzungen ist eine Therapie bei bestimmten Infektionsdiagnosen nicht möglich.

12. Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?

nein  ja – wenn ja, welche? .....

13. Benötigt Ihr Kind ein Notfall-Medikament (z.B. wegen Epilepsie oder Insektenstichen)?

nein  ja – wenn ja, welche?\* .....

**\*Bitte beachten Sie:** Wenn Ihr Kind ein Notfall-Medikament benötigt, füllen Sie bitte unbedingt das entsprechende Beiblatt aus (erhalten Sie bei der Stundenleitung)

.....

Ort Datum Unterschrift **beider** Eltern/Erziehungsberechtigten