

# Ausbildung in Hippotherapie-K® 2011

## Fachbereich Kinderbehandlung insb. Cerebralpareesen

### Fragebogen an die Kursinteressenten

Name: ..... Vorname:.....  
Privatadresse: ..... Tel: .....  
..... Email: .....  
Geschäftsadresse: ..... Tel: .....  
..... Fax: .....  
heutiges Arbeitsgebiet und Beschäftigungsgrad: .....  
.....

Ich möchte die HTK-Grundausbildung im Teilbereich "Kinderbehandlung" absolvieren.

Ich werde die Praktika in HTK bei folgenden Therapiestellen durchführen:

1. Praktikum .....  
mit dem Pferd (Rasse).....
2. Praktikum .....  
mit dem Pferd (Rasse).....

Nach der Ausbildung werde ich HTK durchführen ab: (Datum) .....

in: (Ort) .....

mit dem Pferd: (Rasse).....

die nötige Infrastruktur für Kinderbehandlung steht zur Verfügung:  Ja  Nein

ich werde die einzige sein, die HTK durchführt:  Ja  Nein

---

### Meine beruflichen Kenntnisse und Erfahrungen sind:

Physiotherapie-Ausbildung abgeschlossen im Jahre:.....

in der Schule: .....

Praktika in Kinderbehandlung wo:.....

.....

---

### Ausbildung in Funktioneller Bewegungslehre Klein-Vogelbach (FBL):

.....

.....

**Neurologische Fachausbildung in Kinderbehandlung** (Kopie der Kursbestätigung beilegen)

.....  
 .....

Erfahrung in der Behandlung von CP-Kindern:

in den Jahren: .....

wo: .....

im Beschäftigungsgrad: .....

**Hippologische Kenntnisse und Erfahrung:**

Kurse im Umgang mit Pferden: .....

.....

Seit wann reiten Sie? .....

Wie häufig in der Woche, in den letzten zwei Jahren? .....

auf Grosspferden  Ja  Nein

auf Kleinpferden  Ja  Nein

welcher Rasse? .....

Besitzen Sie ein eigenes Pferd?  Ja  Nein

Trainieren Sie das Therapiepferd selbst?  Ja  Nein

Schulen Sie die Pferdeführer selbst?  Ja  Nein

Praktische Erfahrung im Einsatz des Pferdes:

mit welchen Patienten: .....

Gebiet:  Hippotherapie  Therap. Reiten  Behinderten-Reiten

**Bemerkungen**

Datum: ..... Unterschrift:.....

Der vollständig ausgefüllte Fragebogen ist zusammen mit den Kopien der Kursbestätigungen zurückzusenden an: Kurssekretariat HTK, Teilbereich Kinderbehandlung  
 Frau Marie-Thérèse Strähl-Aarden, Mööslholz 142, 4585 Biezwil  
 Email: straehlm@bluewin.ch