



=====

## **AANMELDINGSFORMULIER DEEL 1**

In te vullen door de deelnemer, ouders/verzorger of de vertegenwoordiger

**CDTC denkt aan het milieu en vraagt u dit document digitaal in te vullen. Klik op het antwoordvak en typ uw informatie in. Voor hulp bij de digitale handtekening kunt u contact met ons opnemen via [info@cdtc.info](mailto:info@cdtc.info) voor instructies. Dank voor uw medewerking!**

### **PERSONALIA**

Achternaam:	Voornaam:
Straat:	Postcode:
Woonplaats:	Land:
Geboortedatum:	Geslacht:
Telefoon overdag:	Fax:
Telefoon 's avonds:	E-mail:
Ziektekostenverzekering:	

=====

Welke talen spreekt/begrijpt u/de deelnemer?

Woont u/de deelnemer thuis? Zo ja, met wie woont u/de deelnemer samen?  
(Graag de naam en de leeftijden van eventuele broertjes of zusjes vermelden).

Zo nee, waar en met wie woont u/de deelnemer?

## MEDISCHE INFORMATIE

Leeftijd:

Gewicht:

Lengte:

Diagnose en relevante medische informatie:

Bestond de problematiek vanaf de geboorte of is die later ontstaan? Op welke leeftijd en waardoor?

Relevante medische voorgeschiedenis (opnames, operaties en onderzoeken; wanneer en waarom?

Welke medicijnen gebruikt u/de deelnemer? (Stof en eventuele merknaam, dosering, sinds wanneer, het effect en de eventuele bijwerkingen)?

Is er sprake van overgevoeligheidsreacties of paradoxale reacties op medicamenten? Zo ja, welke?

## VRAGEN MET BETREKKING TOT HET FUNCTIONEREN VAN U/DE DEELNEMER

Kunt u/de deelnemer zien?	Ja	Nee
Kunt u/de deelnemer horen?	Ja	Nee
Kunt u/de deelnemer zelfstandig uw hoofd omhooghouden?	Ja	Nee
Kunt u/de deelnemer zelfstandig zitten?	Ja	Nee
Kunt u/de deelnemer zelfstandig staan?	Ja	Nee
Kunt u/de deelnemer zelfstandig lopen?	Ja	Nee
Kunt u/de deelnemer praten?	Ja	Nee
Begrijpt u/de deelnemer taal?	Ja	Nee
Volgt u/de deelnemer instructies op?	Ja	Nee
Bent u/de deelnemer agressief naar dieren?	Ja	Nee
Bent u/de deelnemer agressief naar mensen?	Ja	Nee
Bent u/de deelnemer agressief naar zichzelf?	Ja	Nee
Heeft u/de deelnemer watervrees?	Ja	Nee
Heeft u/de deelnemer scheidingsangst?	Ja	Nee

Welke artsen zijn bij u/de deelnemer betrokken? (Naam, specialisme, ziekenhuis/praktijk, adres, telefoonnummer, aard van de begeleiding/behandeling) Geef aan welke arts het meest bij de behandeling/begeleiding betrokken is. We noemen dit de hoofdbehandelaar. Deze arts dient aanmeldingsformulier deel 2 in te vullen.

Welke therapieën volgt u/de deelnemer? Wie is de verantwoordelijke therapeut en wat is het doel van de therapie? (Naam, specialisme, ziekenhuis/praktijk, adres, telefoonnummer).  
Als er therapieverslagen beschikbaar zijn, vragen wij u deze bij te voegen.

Welke therapieën heeft u/de deelnemer gevolgd? Van wanneer tot wanneer en wat was het effect ervan?

## **VRAGEN MET BETREKKING TOT DOLFIJNONDERSTEUNENDE THERAPIE**

Heeft u/de deelnemer al eerder dolfijnondersteunende therapie gehad? Zo ja, waar en wanneer?

Wat was het effect van de dolfijnondersteunende therapie?

Vindt u/de deelnemer het leuk om in (zee)water te zijn of bent u/de deelnemer bang?

Hoe zou u/de deelnemer de zwemvaardigheid omschrijven? Heeft u/de deelnemer zwemdiploma's?

Wat zijn de zwemvaardigheden van eventuele broertjes en/of zusjes?

Heeft u/de deelnemer ervaring met watertherapie? Zo ja, hoe verliep dat en wat was het effect?

Hoe denkt u/de deelnemer dat u/de deelnemer zal reageren op het zwemmen met een therapeut en een dolfijn in ± 3 meter diep zeewater en zonder uw begeleiders in de buurt?

Wat zijn de verwachtingen ten aanzien van het effect van dolfijnondersteunende therapie voor u/de deelnemer? Als verbetering van communicatie een doel/verwachting is, breng dan svp het communicatieapparaat dat u thuis gebruikt mee, indien aanwezig.

Heeft u/de deelnemer nog vragen of opmerkingen die van belang kunnen zijn voor de vraag of dolfijnondersteunende therapie een geschikte optie is voor u/de deelnemer?

Wij stellen het erg op prijs als u een recente foto van uzelf/de deelnemer zou willen toevoegen.

Hieronder kunt u/de deelnemer de periodes aangeven die de voorkeur hebben. U kunt het schema op onze website [www.cdtc.info](http://www.cdtc.info) raadplegen voor de mogelijke data en de bijbehorende periodenummers. Het CDTC biedt per jaar 25 periodes van 2 weken therapie aan, deze zijn in het schema genummerd van periode 1 t/m 25. De therapie start in de regel op maandag en eindigt op vrijdag 2 weken later.

**Houd u er alstublieft rekening mee dat de door u aangegeven periodes niet kunnen worden gegarandeerd, dit hangt af van de beschikbaarheid in deze perioden. Na de bevestiging door het CDTC van uw therapieperiode zullen de wensen met betrekking tot een bepaalde therapietijd, therapeut en/of dolfijn in overweging worden genomen, maar deze kunnen nooit gegarandeerd worden.**

Voorkeur 1	Jaar:	Periodenummer:
Voorkeur 2	Jaar:	Periodenummer:
Voorkeur 3	Jaar:	Periodenummer:

Om onze voorlichting te kunnen optimaliseren willen wij graag van u weten hoe u het CDTC heeft leren kennen? (SVP aanvinken wat van toepassing is)

Social Media

Website

Media

Flyer

Beurs, zo ja, welke?

Google

Informatiebijeenkomst

Andere ouders

Arts/therapeut/zorginstelling

School/kinderopvang

Anders, namelijk

**Ondergetekende verklaard hierbij dat dit formulier naar waarheid is ingevuld.  
Mocht blijken dat het formulier niet naar waarheid is ingevuld, dan kan de therapie niet gegarandeerd worden.**

**De deelnemer, ouders, vertegenwoordigers of verzorgers verklaren eveneens kennis te hebben genomen van en akkoord te gaan met de algemene voorwaarden van het CDTC, zoals gepubliceerd op onze website.**

Naam:

Datum:

Handtekening deelnemer, ouders, vertegenwoordigers of verzorgers:

