



### Ressort tiergestützte Fördermaßnahmen

## Therapiebegleithunde Teamvermittlung verbindlicher Auftrag

<b>Institution / bzw. Vor- und Zuname</b>	
<b>Ev. Ansprechperson</b>	
<b>Adresse</b>	
<b>Telefonnummer</b>	
<b>E-Mail</b>	
<b>Rechnungsadresse (falls unterschiedlich)</b>	

**Bevorzugter Wochentag:**

Montag  Dienstag  Mittwoch  Donnerstag  Freitag  Samstag  Sonntag

**Bevorzugte Uhrzeit:**

Vormittag  Nachmittag  Einsatz möglich in der Zeit von .....bis .....

**Häufigkeit:**

1x in der Woche  Alle 14 Tage  1x im Monat  andere .....

**Alter des Klienten / der Klientin .....**

**Bzw. Durchschnittsalter des Klientels bei Institutionen .....**

**5er Block**   

**10er Block**   

**20er Block**   

**Andere Vereinbarung:** .....

.....  
**Datum**

.....  
**Unterschrift und ev. Stampiglie**