**Umfrageformular**

Vorname: **Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.**Name: **Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.**

Qualifikation als: [ ]  Therapeut/-in [ ]  Referent/-in

[ ]  Instruktor/-in [ ]  Senior-Instruktor/-in

Adresse: **Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.** PLZ, Wohnort:**Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.**

Ist eine Zuweisung möglich? [ ]  Ja [ ]  Nein [ ]  Kinder? [ ]  Erwachsene?

Welche Voraussetzungen müssen erfüllt sein, bzw. welche Verfügungen benötigen Sie? (z.B. ärztliches Attest; Kostengutsprache Schulgemeinde; IV-Verfügung (CH))

**Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.**

Wie können Betroffene und/oder Beratungsstellenleiter/-innen Sie erreichen?

Adresse: **Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.**

Tel. Nr.: **Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.** Zeit: **Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.**

E-Mail: **Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.**Website: **Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.**

Mein Name darf auf der Liste (für Beratungsstellen und Betroffene) geführt werden
Diese Liste wird nicht im Internet veröffentlicht! [ ]  Ja [ ]  Nein

Bemerkungen: **Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.**

Datum: **Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.** Unterschrift:

aktualisiert, 26.06.2025