**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