

Auskunftsbogen zur Beantragung oder Verlängerung „Anerkannter Einrichtungen des DKThR“ Verfahren der Selbstauskunft



Deutsches
Kuratorium für
Therapeutisches
Reiten e.V.

- Pferdgestützte Physiotherapie
Hippotherapie (DKThR)*
- Pferdgestützte Ergotherapie
- Pferdgestützte Psychotherapie
- Pferdgestützte (Heil)Pädagogik
- Pferdgestützte Traumapädagogik
- Pferdesport für Menschen mit Behinderung

Anerkannte Einrichtung des DKThR
2024-2028
www.DKThR.de

I. Allgemeine Angaben zu der Einrichtung

Einrichtung: _____

Verantwortliche Person: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

DKThR Mitglieds-Nr.: _____

Betreuender Tierarzt: _____

Hufschmied: _____

Aushang mit Telefonnummern von:

Notruf, Tierarzt vorhanden

Vertrauensperson für Vorfälle sexualisierter Gewalt und Mobbing: vorhanden

Beschwerdemanagement vorhanden

Angaben zum Beschwerdemanagement:

Wie ermöglichen Sie Beschwerden und wie gehen Sie mit diesen im Allgemeinen vor?

Ausgewiesene Fachbereiche:

- Pferdgestützte Physiotherapie | Hippotherapie (DKThR)®
 - Pferdgestützte Ergotherapie
 - Pferdgestützte Psychotherapie
 - Pferdgestützte (Heil)Pädagogik
 - Pferdgestützte Traumpädagogik
 - Pferdesport für Menschen mit Behinderung
-

II. Versicherung der Einrichtung

Unfallversicherung:

Haftpflichtversicherung:

Neben der gesetzlichen Unfallversicherung (Berufsgenossenschaft) ist eine angemessene Haftpflichtversicherung (Betriebshaftpflicht, Tierhalter- bzw. Tierhüterhaftpflicht) nachzuweisen.

III. Zuständige Fachkraft/Fachkräfte in der zu verlängernden Einrichtung für pferdgestützte Therapie, Förderung und dem Pferdesport für Menschen mit Behinderung:

Alle zuständigen Fachkräfte **müssen** ein erweitertes polizeiliches Führungszeugnis vorlegen.

Erstantrag: nicht älter als 6 Monate

Verlängerungsantrag: nicht älter als 12 Monate

Name der Fachkraft: _____

Grundberuf: _____

DKThR-Fachqualifikation: _____

Beschäftigungsverhältnis: angestellt freiberuflich

Name der Fachkraft: _____

Grundberuf: _____

DKThR-Fachqualifikation: _____

Beschäftigungsverhältnis: angestellt freiberuflich

Name der Fachkraft: _____

Grundberuf: _____

DKThR-Fachqualifikation: _____

Beschäftigungsverhältnis: angestellt freiberuflich

Name der Fachkraft: _____

Grundberuf: _____

DKThR-Fachqualifikation: _____

Beschäftigungsverhältnis: angestellt freiberuflich

Name der Fachkraft: _____

Grundberuf: _____

DKThR-Fachqualifikation: _____

Beschäftigungsverhältnis: angestellt freiberuflich

IV. Angaben zu Anlage

Liegt eine Erlaubnis gemäß § 11 Tierschutzgesetz vor? (**Bitte Erlaubnis dem Antrag beilegen**). Ist die Anlage von der Erlaubnis befreit, bedarf es einer rechtlichen Begründung; bitte nachfolgend darlegen:

In welchem bausubstanzlichen Zustand befindet sich die Anlage:

neu neuwertig ordentlich

ordentlich, mit bevorstehenden Renovierungsarbeiten:

Baujahr: _____

Jahr der letzten Renovierungen: _____

Reithalle 20m x 40m ist vorhanden, ...

Ja

... oder entsprechend überdachter Außenplatz mit Begrenzung

Ja

Art und Zustand des Bodens in der Reithalle/ des überdachten Außenplatzes mit Begrenzung:

Weitere Reit- / Trainings- und Ausgleichsmöglichkeiten (für das Pferd)

Ihre Einrichtung ist barrierearm. Es liegt eine barrierefreie sanitäre Anlage vor. (weitere barrierearme Räumlichkeiten können ausgewiesen werden)

Ja

Anmerkungen:

Falls sie bereits eine Anerkannte Einrichtung des DKThR sind, sind seit der letzten Anerkennung besondere bauliche Maßnahmen hinzugekommen?

Liegt eine intakte Erste-Hilfe-Ausrüstung auf aktuellem Stand gemäß DIN 13169 vor?

V. Angaben zu den Pferden

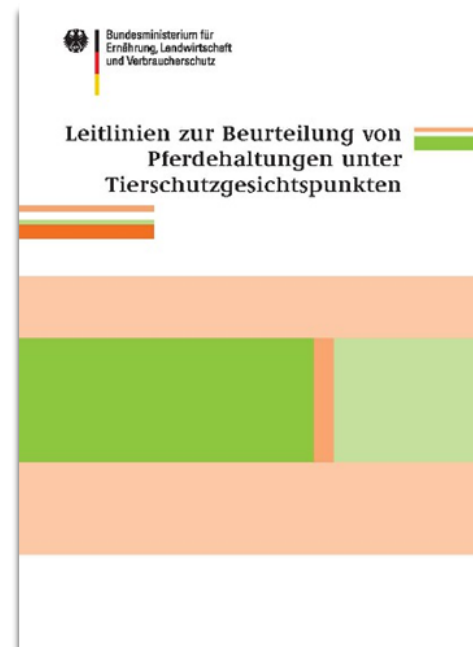
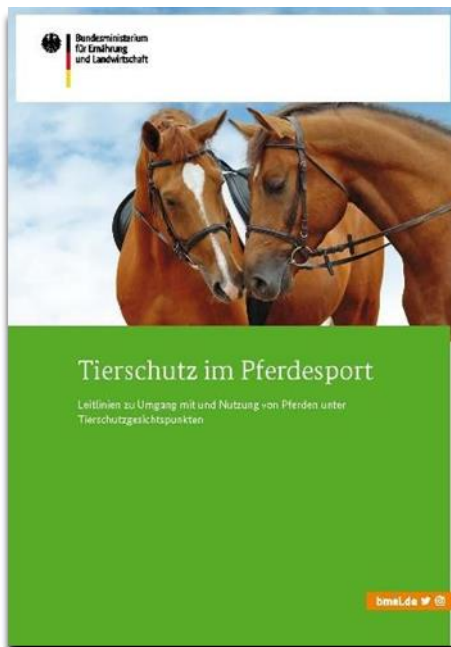
Sie sind mit den Leitlinien des Bundesministeriums für Ernährung und Landwirtschaft sowie die DKThR-Durchführungsbestimmungen vertraut; „Leitlinien zur Beurteilung von Pferdehaltung unter Tierschutzgesichtspunkten“ und „Tierschutz im Pferdesport – Leitlinien zum Umgang mit und Nutzen von Pferden unter Tierschutzgesichtspunkten“. **Die Leitlinien und die Durchführungsbestimmungen des DKThR sind für anerkannte Einrichtungen zu beachten!**

Ja

Anmerkungen:

Die Durchführungsbestimmungen, sowie die Leitlinien des BMEL finden Sie zum Nachlesen unter:

<https://www.dkthr.de/deutsches-kuratorium-fuer-therapeutisches-reiten/durchfuehrungsbestimmungen-des-dkthr-dkthr/?swcfpc=1>



**Angaben zu den einzelnen Pferden im Einsatz in der pferdgestützten Therapie,
Förderung und im Sport**

(Bitte machen Sie die Angaben für jedes Pferd individuell)

Name des Pferdes: _____

Lebensnummer: _____

Größe: _____

Rasse: _____

Alter: _____

Körperlicher Zustand (nach BCS | Body Condition Score): _____

Bekannte dauerhafte Beeinträchtigungen: _____

Ausbildungszustand gemäß FN-Skala: _____

Wird eingesetzt in welchen Bereichen, beschreiben Sie die Arbeitseinsätze:

Wie oft wird das Pferd täglich zu Arbeitseinsätzen genutzt, bitte mit Zeitangaben
und ausgewiesenen Pausen (jeweils von - bis):

Welche Ausgleichsarbeit macht das Pferd (bitte geben Sie den Umfang pro Woche, sowie
die Art der Ausgleichsarbeit an):

***Anmerkung: Die Fragen zum Pferd, bitte für jedes Pferd individuell ausfüllen.**

VI. DKThR-Landesbeauftragte erhalten Zugang und Auskunft zu der Einrichtung

Ja

VII.

Hiermit versichere ich meine Zustimmung und die Korrektheit aller obigen Angaben

Ort und Datum

Unterschrift der Leitung der Einrichtung

VIII.

Ich möchte mit den folgenden Daten in die Liste „Fachkräfte & Einrichtungen“ auf der DKThR Internetseite aufgenommen werden:

Ja

Nein

Einrichtung: _____

Vorname: _____

Name: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Mobil: _____

E-Mail: _____

Internetseite: _____

Fachbereich: _____

IX. Hinweis zur EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)

Bitte beachten Sie, dass wir gemäß EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) zur Bearbeitung Ihres Antrags beim DKThR Ihre Daten speichern und verarbeiten müssen. Dazu gehören die oben ausgefüllten Daten.

Hier geht es zu der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO):

www.datenschutz-grundverordnung.eu

Bitte bestätigen Sie:

Ich habe den Hinweis zur EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) gelesen

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige das DKThR e. V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem DKThR e. V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

IBAN: _____

BIC: _____

Ort und Datum

Unterschrift der Leitung der Einrichtung