

**Die Notwendigkeit eines Assistenzhundes muss mittels diesem Formular durch einen im entsprechenden Einschränkungsgbiet tätigen Facharzt bestätigt werden. Das Formular darf zum Zeitpunkt des Ausbildungsantrittes höchstens 6 Monate alt sein..**

Vor- & Nachname Assistenznehmer	Postleitzahl, Wohnort	Sozialversicherungs-Nr.	Hund (falls bereits vorhanden)
---------------------------------	-----------------------	-------------------------	--------------------------------

**Die unterzeichnende fachärztliche Instanz bestätigt, dass...**

- die oben genannte Person bereits ausreichend lange in ihrer Behandlung steht, um die geforderten Angaben zu Patient, dessen Situation und die Notwendigkeit eines Assistenzhundes beurteilen zu können, nämlich seit:
- \_\_\_\_\_
- seit mindestens einem Jahr** eine erhebliche und voraussichtlich anhaltende körperliche, sensorische, intellektuelle, kognitive, neurologische oder psychische Behinderung, Erkrankung oder Entwicklungsstörung nachgewiesen ist, namentlich folgende Diagnose(n) nach ICD-10:
- \_\_\_\_\_
- Ein **nachvollziehbarer, dauerhafter Bedarf** an Unterstützung durch einen Assistenzhund als medizinisches Hilfsmittel zwecks Ermöglichung, Erleichterung, Erweiterung oder Wiedererlangen von Selbstständigkeit, Selbstbestimmung, Unabhängigkeit und Teilhabe in nachstehend angekreuzten Bereichen besteht:
- alltägliche Verrichtungen
  - Teilnahme am gesellschaftlichen Leben
  - Pflege von Kontakten, Verhinderung von sozialer Absonderung/Isolation
  - persönliche Mobilität und Fortbewegung
  - Förderung von lebenspraktischen und/oder individuellen Fähigkeiten/Begabungen
  - Aus- und Fortbildung, Erwerbstätigkeit und/oder Ausübung von Hobby/Ehrenamt
- die betroffene Person sich in einer stabilen Wohnsituation befindet und dauerhaft in der Lage ist, sich um die Bedürfnisse eines Hundes zu kümmern
- die betroffene Person mehrheitlich psychisch und physisch stabil ist und/oder auf ein entsprechendes Unterstützernetzwerk zurückgreifen kann, da private Ausbildung eines Assistenzhundes mit einem Mehr an Verantwortung einhergeht und einen anhaltenden, intensiven Kontakt zum Ausbilder sowie die Konfrontation mit diversen Öffentlichkeits- und Umweltsituationen erfordert
- davon ausgegangen werden kann, dass die Einschränkung der beeinträchtigten Person den Hund zu keiner Zeit in Gefahr bringt bzw. einen vernachlässigenden oder gar tierschutzrelevanten Umgang hervorruft
- davon ausgegangen werden kann, dass die Person am Ende der Ausbildung sowie in der Folge jeweils zur 2jährlichen Re-Qualifizierung in der Lage sein wird, gemeinsam mit dem Hund (wahlweise zusätzlich unter Begleitung einer Vertrauensperson) zur Qualifikationsprüfung anzutreten (Anreise zum Prüfungsort, Durchführung an öffentlichen Orten, Fahrt im Auto eines Prüfungsexperten, Beurteilung durch fremde, unabhängige Prüfungsexperten)
- Der/die Unterzeichnende von der betroffenen Person gegenüber SwissHelpDogs und dem gewählten Assistenzhund-Ausbildner ermächtigt wurde, über sämtliche für die Vorabklärung, Ausbildung, Nachbetreuung und Qualitätssicherung eines Assistenzhundes relevanten Informationen, Daten und Unterlagen (z.B. Art und Schwere der Einschränkung sowie deren Auswirkungen) Auskunft zu erteilen.

**Bemerkungen**

Angaben des Facharztes (Vor- & Nachname / Fachbereich / Stempel)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**! Bitte das Formular NICHT an SwissHelpDogs senden, sondern anlässlich der Eintrittsabklärung dem Ausbilder übergeben !**

