



# Anmeldung

für ein erstes Informationsgespräch und für den Eintrittstest zur  
Therapiehund-Ausbildung

**Verein PartnerHunde Schweiz**  
**Ruth Renfer**  
**Mösliweg 11**  
**3250 Lyss**



Bitte an diese Adresse senden

## Hundehalter/in

Name, Vorname

Adresse

PLZ, Ort

Beruf

Telefon P

Telefon G

Handy

E-mail

## Hund

Rufname

Zwingername (\*)

Rasse / Mischlingsart

Wurfdatum

SHSB-Nr. (\*)

Mikrochip-Nr.

Geschlecht

Rüde	<input type="checkbox"/>	Hündin	<input type="checkbox"/>	intakt	<input type="checkbox"/>	kastriert	<input type="checkbox"/>
------	--------------------------	--------	--------------------------	--------	--------------------------	-----------	--------------------------

(\*) nur bei Rassehunden

## Ausbildung

Welpenspielstunden

wo?

Grundausbildung (EK)

wo?

Fortbildung

wo?

Hundesport

BH I	<input type="checkbox"/>	BH II	<input type="checkbox"/>	SanH I	<input type="checkbox"/>	SanH II	<input type="checkbox"/>
Mobility	<input type="checkbox"/>	Agility	<input type="checkbox"/>	Obedience	<input type="checkbox"/>	SH/FH	<input type="checkbox"/>
andere:							

## Mitgliedschaften

Kynologischer Verein:

Rasseclub:

Andere Hundeklubs:

## Erklärung

**Ich habe vom Ausbildungs- und Trainingsprogramm für Therapiehund  
Kenntnis genommen und erkläre mich bereit, daran teilzunehmen. Ich  
verpflichte mich, an möglichst allen Theoriestunden und Trainings  
teilzunehmen. Nach erfolgreicher Ausbildung bin ich bereit, regelmässige und  
unentgeltliche Einsätze mit meinem Therapiehund zu leisten**

## Unterschrift

Ort:

Datum: