**Ärztliche Bestätigung**

**Name:** ……………………………………………………..……….…………

**Geburtsdatum:** ……………………………………………………………

**Anschrift:** …………………………………………………….………………

**Diagnose/Anmerkungen:** .…………………………………….…….
……………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Mit diesem Schreiben wird bestätigt, dass aus ärztlicher Sicht nichts gegen eine pferdegestützte Therapie / Heilpädagogisches Reiten spricht. Die Reittherapie wird für den Klienten / die Klientin empfohlen.

Ort und Datum Unterschrift und Stempel des behandelnden Arztes

Der Zugang zum Pferd und das Reiten selbst können psychische und physische Blockaden lösen. Die Therapie-Einheiten werden im Pferdestall der Propstei St. Gerold von einer ausgebildeten Reittherapeutin abgehalten.