

## Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Hippotherapie

### 1. Angaben zur Klientin / zum Klienten

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

- volljährig  
 minderjährig

### 2. Gesetzliche Vertretung (bei Minderjährigen verpflichtend)

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

### 3. Information zur Therapie

Die Hippotherapie ist eine ärztlich verordnete, physiotherapeutische Behandlung unter Einsatz eines speziell ausgebildeten Therapiepferdes. Sie dient insbesondere der Verbesserung von Haltung, Gleichgewicht, Koordination und Muskeltonus.

### 4. Besondere Hinweise für Minderjährige

Bei minderjährigen Klienten erfolgt die Teilnahme ausschließlich mit Zustimmung der gesetzlichen Vertretung. Die Aufsichtspflicht verbleibt – sofern nicht ausdrücklich anders vereinbart – bei der gesetzlichen Vertretung außerhalb der eigentlichen Therapieeinheit.

### 5. Risiken und Restrisiko des Reitens

Ich wurde darüber informiert, dass der Umgang mit Pferden und das Reiten trotz größtmöglicher Sorgfalt ein **typisches, nicht vollständig ausschließbares Restrisiko** darstellen.

Insbesondere kann es durch unvorhersehbares Verhalten des Pferdes zu folgenden Risiken kommen:

- Sturz vom Pferd
- Prellungen, Verstauchungen oder Knochenverletzungen
- in seltenen Fällen schwerwiegende Verletzungen

Ich nehme zur Kenntnis, dass:

- die Auswahl der Pferde, Ausrüstung und Durchführung nach fachlichen Standards erfolgt
- die Therapeuten ihrer **Sorgfaltspflicht** nachkommen
- dennoch keine vollständige Gefahrlosigkeit gewährleistet werden kann

### 6. Gesundheitszustand

Ich bestätige, dass:

- keine medizinischen Kontraindikationen gegen die Teilnahme bestehen
- alle relevanten gesundheitlichen Informationen wahrheitsgemäß angegeben wurden

Bekannte Erkrankungen / Einschränkungen:

---

Ich verpflichte mich, Änderungen unverzüglich bekannt zu geben.

### 7. Einverständnis und Haftungsregelung

Ich erkläre mich (bzw. als gesetzliche Vertretung) ausdrücklich mit der Teilnahme an der Hippotherapie einverstanden. Mir ist bewusst, dass ein Restrisiko besteht, welches ich in Kauf nehme.

Die Haftung der Therapeutin bzw. der Einrichtung richtet sich nach den gesetzlichen Bestimmungen des österreichischen Rechts.

Eine Haftung besteht insbesondere bei:

- Vorsatz
- grober Fahrlässigkeit

Eine Haftung für typische Risiken im Umgang mit Pferden wird – soweit gesetzlich zulässig – ausgeschlossen.

Ines Holzmann  
Sebastianstraße 13  
6850 Dornbirn  
05572 52 0 54

Ines.holzmann@frauensache-maennerthemen.at

### 8. Verhalten und Sicherheitsanweisungen

Ich verpflichte mich (bzw. mein Kind), den Anweisungen der Therapeutin und des Fachpersonals Folge zu leisten.

Das Tragen von geeigneter Kleidung und – sofern nicht ausdrücklich anders vereinbart – eines Schutzhelmes ist verpflichtend.

### 9. Datenschutz

Ich stimme der Verarbeitung personenbezogener Daten zum Zweck der Durchführung, Dokumentation und Abrechnung der Therapie gemäß den geltenden Datenschutzbestimmungen (insb. DSGVO) zu.

### 10. Schlussbestätigung

Ich bestätige, dass ich:

- diese Erklärung gelesen und verstanden habe
- ausreichend Gelegenheit hatte, Fragen zu stellen
- freiwillig zustimme

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

**Unterschrift Klient (bei Volljährigen): Unterschrift gesetzliche Vertretung (bei Minderjährigen):**

-----