



**ARR®**

ZENTRUM FÜR ANATOMISCH  
RICHTIGES REITEN

Rittorppweg 57  
47574 Goch  
Deutschland

Telefon: +49 (0) 2823 97555 09  
Fax: +49 (0) 2823 97555 10

Mobile 1: +49(0)172-2117313  
Mobile 2: +49(0)172-1413294

E-Mail: [info@arr.de](mailto:info@arr.de)  
[www.arr.de](http://www.arr.de)

## ANMELDUNG ZUR SCHIEFEN-THERAPIE

Zeitraum des Aufenthalts: \_\_\_\_\_

### Angaben zum Pferdebesitzer bzw. zur Pferdebesitzerin

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

Vorname: \_\_\_\_\_

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

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

E-Mail: \_\_\_\_\_

### Angaben zum Pferd

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

Alter: \_\_\_\_\_

Rasse: \_\_\_\_\_

Geschlecht: \_\_\_\_\_

Ausbildungsstand: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Problemstellung: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Letzter Hufbeschlag am: \_\_\_\_\_

Letzte Wurmkur am: \_\_\_\_\_

Medizinische Befunde:  ja  nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Röntgenbilder vorhanden:  ja  nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Ultraschall, Sonografie,

Blutbilder etc. vorhanden:  ja  nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

**Behandelnder Tierarzt**

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

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

Bitte bringen Sie alle vorliegenden tierärztlichen Befunde und Untersuchungsbilder mit Ergebnisberichten mit.

Wenn möglich sollten Sie Ihr Pferd bevor es ans Zentrum für ARR kommt nicht neu beschlagen lassen. Um dem ganzheitlichen Aspekt Rechnung zu tragen, kann ein neuer Beschlag notwendig werden. In diesem Fall würde eine doppelte Belastung entstehen. Sollte sich diese Notwendigkeit ergeben, wird dies im Voraus mit Ihnen besprochen.

**Angaben zur Einstallung**

Gewünschte Box:       Späne                       Stroh  
Heu:                       nass                               trocken

Für Späne berechnen wir einen Aufpreis von € 50,-

Besonderheiten: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Equidenpass-Nr.:** \_\_\_\_\_**Tierhalter-Haftpflicht:** \_\_\_\_\_**Bankverbindung**

Gabriele Rachen-Schöneich  
Volksbank Niederrhein  
Konto: 301 0498 014  
BLZ: 354 611 06  
IBAN: DE 78 3546 1106 3010 4980 14  
BIC: GENODED1NRH  
ID-Nummer: DE 165 419 233

Parallel zur Anmeldung ist die Zahlung für die Schiefen-Therapie zu entrichten. Die Bestätigung erfolgt nach Eingang der Zahlung auf dieses Konto. Die Anmeldung ist damit verbindlich.

Preise für Aufenthalte von mehr als 4 Wochen sind in **vierwöchigen Beträgen** jeweils im Voraus zu zahlen, um den Preis halten zu können. Der Vertrag ist für die gesamte Dauer gültig.

Eventuelle Verlängerungen der Ausbildung sowie sämtliche Dienstleistungen (wie Schmied, Amtstierarzt etc.), für die das Zentrum für ARR® in Vorlage gegangen ist, müssen vor Abreise des Pferdes beglichen sein.

Gerne können Sie Ihr Pferd im Zeitraum von 10:00 Uhr -14:30 Uhr, Di. – Sa. besuchen, um jedoch einen reibungslosen Betriebsablauf zu gewährleisten, bitten wir um vorherige Anmeldung per email oder Telefon.

Der/die Unterzeichner/in bestätigt, dass er/sie die Allgemeinen Geschäftsbedingungen zur Kenntnis genommen hat und anerkennt.

Die Datenschutzrichtlinien auf der ARR Homepage habe ich zur Kenntnis genommen.

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