



Therapiehundeteams Kärnten
Oberkrajach 2
9181 Feistritz im Rosental
AUSTRIA

NACHWEIS DER PRAXISEINSÄTZE

.....
Name der Hundeführerin/des Hundeführers:

.....
Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer:

.....
Hundename, Wurfdatum und Zuchtbuchnummer:

.....
Rufname (falls vom Leistungsheft abweichend):

.....
Chip-Nummer:

Einsatz	Datum	Name und Adresse der Institution	Bestätigung der Institution
1			
2			
3			
4			
5			

Bestätigung und Verlauf des Feedback-Gespräches durch die Trainerin/den Trainer:

.....
Ort, Datum

.....
Trainerin/Trainer

.....
Hundeführerin/-führer