



## Anmeldeformular

Alle Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Vom Besitzer auszufüllen:

### Halterdaten:

Name: .....

Vorname: .....

Strasse: .....

PLZ/Ort: .....

Telefon/Natel: .....

E-Mail: .....

### Patientendaten:

Name des Hundes: .....

Geschlecht:  M  W  kastr.

Rasse: .....

Gewicht: .. kg

Alter: .....

Schulterhöhe: .. cm

Farbe: .....

Chip:  Ja (Nr. ....)  Nein

Hat Ihr Hund einen gültigen Impfschutz

Ja  Nein

Auslandaufenthalte:  Ja -> wo? wann?

.....

Nein

Hundesport:  Ja -> welchen? .....

Nein

Haltung:  Familienhund  Zwingerhaltung  Wachhund  Arbeitshund: -> .....

Bevorzugte Liegeplätze:  Weich  Hart  Wärme  Kälte

Futter (hauptsächliches): .....

Krankenversicherung vorhanden:  Ja -> wo: .....  Nein

Tierärztlicher Therapieablauf: .....

Andere Therapieformen:  
(Homöopathie etc.) .....

Aktuelle Beschwerden: .....



**Verhalten Ihres Hundes:**

- ruhig     lustlos     ängstlich     unsicher     zurückhaltend  
 neugierig     freudig     verspielt     selbstbewusst  
 aggressiv     dominant     wasserscheu

Name des Tierarztes: ..... Strasse: .....

PLZ/Ort: ..... Telefon: .....

Diagnose: .....  
 .....

- Röntgenbilder vorhanden:     Ja -> wenn möglich zum ersten Termin mitbringen  
 Nein

	Ja	Nein	Bemerkungen
Ist der Hund gesund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Herzprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Kreislaufprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Lungenprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Hautprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Regelmässig geimpft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Regelmässig entwurmt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Gelenk-Dysplasie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Arthrose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Lähmungserscheinungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Hat der Hund Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> chronisch <input type="checkbox"/> beim Aufstehen/Laufen
Medikamente/Schmerzmittel welche:			.....
Dosierung:			.....
Operationen welche/wann:			..... .....



	Ja	Nein	Bemerkungen
<b>Osteosynthese</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
<b>Epilepsie</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
<b>Diabetes</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
<b>Andere Krankheiten welche:</b>			.....
<b>Ruhepuls:</b>			.....

- Überweisung durch den behandelnden Tierarzt
- Physiotherapie auf eigenen Wunsch → Ich bin einverstanden, dass die Hundephysiotherapeutin Kontakt mit dem behandelnden Tierarzt aufnimmt
  - Ja  Nein
- Reine Wellnesstherapie
- Bioresonanz-Therapie

**Bemerkungen:** .....

**Datum/Unterschrift des Halters:**

.....

**Bitte beachten Sie für die Behandlungstermine folgende Punkte:**

- Die Therapie ersetzt nicht den Tierarztbesuch. Zur Abklärung der Ursache von chronischen und akuten Beschwerden sollte vorgängig zum Beginn der Therapie immer ein Tierarzt konsultiert werden.
- Mindestens 2 Stunden vor der Behandlung soll der Hund nicht mehr gefüttert werden.
- Eine Behandlung kann nur durchgeführt werden, wenn Ihr Hund frei von Fieber, Entzündungen, Infektionskrankheiten, Durchfall und Erbrechen ist.
- Die Behandlung findet gegen Barzahlung statt. Ich danke für Ihr Verständnis.
- Wenn Sie einen vereinbarten Termin weniger als 24 Std. vorher absagen, muss dieser leider verrechnet werden.