

Für ihren ersten Besuch mit Ihrem Hund füllen Sie bitte die folgenden Felder aus. Lassen Sie ggf. die medizinischen Fragen von ihrem Tierarzt ausfüllen, damit eine optimale Behandlung gewährleistet werden kann.

Name:	Name des Hundes:
Vorname:	Rasse:
Strasse:	Jahrgang:
PLZ/Ort:	Geschlecht: <input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> kast.
☎ / Handy:	Gewicht:
E-Mail:	Schulterhöhe:

Wie verhält sich ihr Hund (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- | | | | | |
|------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ruhig | <input type="checkbox"/> apathisch | <input type="checkbox"/> lustlos | <input type="checkbox"/> temperamentvoll | <input type="checkbox"/> wasserscheu |
| <input type="checkbox"/> ängstlich | <input type="checkbox"/> aggressiv | <input type="checkbox"/> freudig | <input type="checkbox"/> zurückhaltend | <input type="checkbox"/> _____ |

Name des Tierarztes: _____

Adresse: _____

☎: _____

Ich bin einverstanden, dass Fr. Zwahlen Kontakt mit dem behandelnden Tierarzt aufnimmt: Ja Nein

	Ja	Nein	Bemerkungen
Ist der Hund gesund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Regelmässig geimpft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Regelmässig entwurmt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herz-, Kreislaufprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lungenprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nieren-, Leberprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hautprobleme	<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"/>	
Rückenprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hat der Hund Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> chronisch <input type="checkbox"/> bei Manipulation

	Ja	Nein	Bemerkungen
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Andere Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Welche:		
Operationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Welche/Wann:		
Osteosynthese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Aktuelle Beschwerden:

Bemerkungen:

Physiotherapie auf eigenen Wunsch

Weitere Informationen

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der Angaben und gebe den Auftrag zu der physiotherapeutischen Behandlung meines Tieres:

Datum, Ort, Unterschrift: _____

Bitte beachten Sie für die Behandlungstermine folgende Punkte:

- 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, Infektionserkrankungen, Durchfall und Erbrechen ist.
- Bitte bringen Sie für Ihr Tier „Belohnungsleckerlis“ mit.
- Im Verhinderungsfall Termin bitte 24 Stunden vorher absagen. Die Behandlung wird andernfalls berechnet.
- Die Behandlung findet gegen Barzahlung statt. Ich danke für Ihr Verständnis