

Pour votre première visite avec votre chien, veuillez remplir les champs suivants. Vous pouvez laisser votre vétérinaire répondre aux questions médicales afin de garantir un traitement optimal.

Nom:	Nom du chien:
Prénom:	Race:
Rue:	Age/Année:
NPA/Ville:	Sexe: <input type="checkbox"/> fem. <input type="checkbox"/> masc. <input type="checkbox"/> cast.
☎/Natel:	Poids:
E-Mail:	Taille:

Quel est le comportement de votre chien (Veuillez cocher ce qui convient):

<input type="checkbox"/> calme	<input type="checkbox"/> apathique	<input type="checkbox"/> sans entrain	<input type="checkbox"/> dynamique	<input type="checkbox"/> peur de l'eau
<input type="checkbox"/> peureux	<input type="checkbox"/> agressif	<input type="checkbox"/> joyeux	<input type="checkbox"/> discret	<input type="checkbox"/> _____

Nom du vétérinaire: _____

Adresse: _____

☎: _____

J'accepte que madame Zwahlen contacte le vétérinaire traitant: Oui Non

	Oui	Non	Remarques
En bonne santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vacciné régulièrement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vermifugé régulièrement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problème cardiaque/circulatoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problème pulmonaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problème rénal/hépatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problème de peau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dysplasie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Arthrose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Parésie/Paralysie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problème de dos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Douleurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> chronique <input type="checkbox"/> lors de manipulation

	Oui	Non	Remarques
Épilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Allergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autres maladies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Lesquels:		
Opération	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Laquelle/Date:		
Osthéosynthèse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Douleur actuelle:

Remarques:

Physiothérapie sous propre initiative

Informations supplémentaires

Avec ma signature, je confirme l'exactitude des informations et donne mon accord pour le traitement physiothérapeutique de mon chien:

Date, Lieu, Signature: _____

Veillez prendre en considération les points suivants pour le rendez-vous :

- Ne pas nourrir votre chien minimum 2 heures avant le traitement.
- Un traitement ne peut pas être effectué si votre chien a de la fièvre, souffre d'une maladie infectieuse, de diarrhée ou de vomissements.
- Veuillez apporter vos propres récompenses.
- En cas d'empêchement, veuillez annuler votre rendez-vous au plus tard 24 heures à l'avance.
La séance vous sera facturée dans le cas contraire.
- Le traitement a lieu contre paiement comptant. Je vous remercie de votre compréhension.