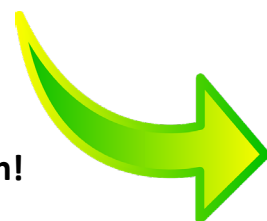




Datenblatt Hundephysiotherapie	
Name: _____	Vorname: _____
Strasse: _____	PLZ / Ort: _____
Mobile: _____	Telefon: _____
E-Mail: _____	
Daten Tier	
Name des Tieres: _____	Geb. Datum: _____
Rasse: _____	Chip Nr: _____
Geschlecht: <input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> kastriert	Gewicht: _____ kg
Fragen zur Haltung Ihres Hundes	
<input type="checkbox"/> Familienhund	<input type="checkbox"/> Sporthund, Art: _____
<input type="checkbox"/> Hofhund	<input type="checkbox"/> Arbeitshund, Art: _____
Bevorzugte Liegeplätze:	<input type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> Wärme <input type="checkbox"/> draussen <input type="checkbox"/> hart <input type="checkbox"/> Kälte <input type="checkbox"/> im Haus / in der Wohnung
Bevorzugte Ruhestellung:	<input type="checkbox"/> eingerollt <input type="checkbox"/> auf Rücken <input type="checkbox"/> Sphinx-Stellung <input type="checkbox"/> auf der Seite, welche: _____
Führung durch:	<input type="checkbox"/> Halsband <input type="checkbox"/> Geschirr <input type="checkbox"/> Normalleine <input type="checkbox"/> Flexi-Leine <input type="checkbox"/> Schleppeleine <input type="checkbox"/> anderes: _____

Bitte wenden!



Fragen zur Gesundheit Ihres Hundes

Wann tritt der Schmerz auf? in Ruhe Anlaufschmerzen
 in Bewegung, welche: _____

Medikamente, auch Homöopathika: nein ja, welche: _____

Operationen (ohne Kastration): nein ja, welche: _____

Implantate:
(Schrauben, Platten, Gold etc.) nein ja, welche: _____

Gelenk-Dysplasien: nein ja, welche: _____

Arthrose: nein ja, wo: _____

Krankheiten: nein ja
 Epilepsie Herz-/Kreislauf
 Lähmungserscheinungen
 andere: _____

Wirbelsäulenvorfälle: nein ja, welche: _____

Allergien: nein ja, welche: _____

Bitte beachten Sie für die Behandlungstermine folgende Punkte

- Falls vorhanden, bringen Sie bitte Röntgenbilder und Befunde mit.
- Bitte teilen Sie uns eine Trächtigkeit mit, damit die Behandlung angepasst werden kann.
- Ihr Hund sollte keine der folgenden Kontraindikationen haben: Fieber, Entzündungen, Infektionen, Durchfall oder Erbrechen (bei Unsicherheit nehmen Sie bitte vorgängig Kontakt auf).
- Bitte benachrichtigen Sie mich im Verhinderungsfall mind. 24 Std. vor dem Termin, ansonsten wird **die verpasste Sitzung** vollumfänglich verrechnen.
- Die Behandlung findet gegen Barzahlung, Twint oder Karte (ausser Postcard) statt.

Ort, Datum: _____ Unterschrift Kunde: _____