

Hundephysiotherapie

Angaben zum Patienten:

Patientenname _____
Rasse _____
geboren am _____
seit wann in Ihrem Besitz _____
Geschlecht männlich weiblich
kastriert ja wann nein
Farbe/Größe/Gewicht: _____
besondere Kennzeichen: _____

Angaben zum Besitzer:

Name _____
Straße _____
PLZ/Ort _____
Telefon/mobil _____
E-mail _____

Angaben zum überweisenden Arzt

Name _____
Straße _____
PLZ/Ort _____
Telefon/mobil _____
Telefax _____
E-mail _____

Diagnose Tierarzt

Medikamente und Dosierung _____
Homöopathie und Dosierung _____
Beschreiben Sie bitte in Stichworten
die aktuellen Beschwerden Ihres Tieres _____

Beschwerden werden schlimmer:

<input type="checkbox"/>	nach Belastung	
<input type="checkbox"/>	unter Belastung	
<input type="checkbox"/>	in der Ruhe/ Liegen	
<input type="checkbox"/>	nach dem Liege	
<input type="checkbox"/>	am Morgen	
<input type="checkbox"/>	am Abend	
<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	auch nach kurzen Ruhephasen?	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	Wälzt sich Ihr Hund häufig?	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	Wälzt sich ihr Hund gar nicht?	<input type="checkbox"/> nein

Welche Witterung verschlechtert das Beschwerdebild:

Welche Vorerkrankungen hat Ihr Tier? _____

auch Mittelmeererkrankungen

Vorangegangene oder aktuelle Operationen mit Metall? ja nein
Trägt Ihr Tier oder tragen Sie einen Herzschrittmacher? ja nein
Gab es Operationen am Tier? ja nein

wenn ja, welche: _____

Treibt Ihr Hund Hundesport? ja nein

wenn ja, welchen:

Wie oft und wie lange gehen Sie Gassi pro Tag?

Bevorzugt Ihr Hund Wärme/Kälte?

War Ihr Hund im Ausland?

ja nein

wenn ja, wo:

Weitere Angaben:

Epilepsie: ja nein

Inkontinenz: ja nein

Herzprobleme: ja nein

Husten: ja nein

Diabetes: ja nein

Atemnot: ja nein

häufig müde: ja nein

häufig unruhig: ja nein

Prostatabeschwerden: ja nein

Eierstockbeschwerden: ja nein

Blähungen: ja nein

übermäßiger Durst: ja nein

häufig Durchfall: ja nein

Kreislaufprobleme: ja nein

häufig Verstopfung: ja nein

häufig Gras-/Erdefressen: ja nein

häufig Harndrang: ja nein

häufig Erbrechen: ja nein

häufig Harnwegsinfekte: ja nein

Allergie: ja nein

wenn ja, welche?

Wiederkehrende Entzündungen an Gelenken: ja nein

wenn ja, welches Gelenk?

Probleme Vorderbein rechts: ja nein

Probleme Vorderbein links: ja nein

Probleme Hinterbein rechts: ja nein

Probleme Hinterbein links: ja nein

Vorlieben Ihres Tieres:

Ernährung: nass trocken gekocht roh

Hundefutter-Marke:

Gelenkzusatz-Marke:

welche Futterzusätze:

Leckerli: ja nein

wenn ja, welche?

Liegeplatz: Wohnung Zwinger Garten Hof

Liegt lieber: warm kalt hart weich

Was ist im Umgang mit Ihrem Hund zu berücksichtigen?:

Bitte bringen Sie mit:

1. Röntgenbilder soweit vorhanden oder zu besorgen, diese erhalten Sie bei Ihrem nächsten Besuch wieder zurück!
2. Impfausweis
3. Lieblingsspielzeug
4. Lieblingsleckerli, spezielle Diät
5. falls vorhanden, ein Brustgeschirr
6. diesen Fragebogen

Bitte geben Sie Ihrem Tier mindestens 2 Stunden vor dem Termin bei mir kein Futter!

Dies ist wichtig um ihr Tier nicht dem Risiko einer Magendrehung auszusetzen.