

vom Besitzer auszufüllen  
 zutreffendes bitte ankreuzen (2 Seiten)

Name: .....	Name Hund: .....
Vorname: .....	Rasse: .....
Straße: .....	Geburtsdatum: .....
PLZ/Ort: .....	Geschlecht: <input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> kastr.
Telefon/Handy: .....	Gewicht: .....
E-Mail: .....	Herkunft/Zucht: .....

Wie verhält sich Ihr Hund?

- |                                    |                                    |                                  |  |                                      |
|------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|--|--------------------------------------|
| <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"/> sonstiges   |

Name des Tierarztes: .....

Adresse: .....

Telefon: .....

	Ja/Nein	Bemerkungen
Ist das Tier gesund	<input type="checkbox"/> /	.....
Herzprobleme	<input type="checkbox"/> /	.....
Kreislaufprobleme	<input type="checkbox"/> /	.....
Lungenprobleme	<input type="checkbox"/> /	.....
Hautprobleme	<input type="checkbox"/> /	.....
regelmäßig geimpft	<input type="checkbox"/> /	.....
regelmäßig entwurmt	<input type="checkbox"/> /	.....
Gelenk-Dysplasie (HD, ED, OCD)	<input type="checkbox"/> /	.....
Arthrose	<input type="checkbox"/> /	.....
Lähmungserscheinungen	<input type="checkbox"/> /	.....
Hat das Tier Schmerzen	<input type="checkbox"/> chronisch <input type="checkbox"/> bei Manipulation	.....

Medikamente / Schmerzmittel                      welche: .....

Operationen (Klinik?)                      welche / wann: .....

	Ja	Nein	
Osteosynthese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Implantate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
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"/> welche?	<input type="checkbox"/>	.....

Aktuelle Beschwerden: .....

- ➔ Physiotherapie auf eigenen Wunsch  oder auf Empfehlung  des behandelnden Tierarztes
- ➔ Ich bin einverstanden, dass FOKUS HUND Kontakt mit dem behandelnden Tierarzt aufnimmt:  
 Ja  Nein

---

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

Datum, Unterschrift: .....

Bitte beachten Sie für die Behandlungstermine folgende Punkte:

- 2-3 Std. vor der Behandlung sollte der Hund nicht mehr gefüttert werden
- Der Hund sollte trocken, sauber und erleichtert zur Behandlung kommen
- Eine Behandlung kann nur durchgeführt werden, wenn Ihr Hund frei von Fieber, Entzündungen, Infektionserkrankungen, Durchfall und Erbrechen ist
- Bitte bringen Sie für Ihren Hund „Belohnungsleckerlis“ mit
- Bei Bedarf bitte einen Maulkorb mitbringen
- Im Verhinderungsfall Termin bitte 24 Stunden vorher absagen, sonst müssen die Behandlungskosten berechnet werden

- Die Behandlung findet gegen Barzahlung / EC-Cash statt

Ich danke für Ihr Verständnis 😊