

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 😊