

Fragebogen

vom: _____
(Datum)

allgemeine Angaben zum Tier:

Name:		Herkunft:	<input type="checkbox"/> Züchter	<input type="checkbox"/> Tierheim
Tierart:			<input type="checkbox"/> privat	<input type="checkbox"/> Ausland
Rasse:		Haltung:	<input type="checkbox"/> Haus	<input type="checkbox"/> Wohnung
Farbe:			<input type="checkbox"/> Zwinger	<input type="checkbox"/> sonstiges:
Chip-Nr.:			<input type="checkbox"/> einzeln	<input type="checkbox"/> weitere Tiere:
Geburtsdatum:				
bei Ihnen seit:				
Vorbesitzer: (außer Züchter)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, wie viele:	Verwendung:	<input type="checkbox"/> Familientier	
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		<input type="checkbox"/> Jagt	
kastriert	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am:		<input type="checkbox"/> Sport	
Gewicht:			<input type="checkbox"/> Wachhund	
			<input type="checkbox"/> sonstiges:	
Futter:	<input type="checkbox"/> nass <input type="checkbox"/> trocken <input type="checkbox"/> Barf <input type="checkbox"/> wie oft am Tag:	Führung:	<input type="checkbox"/> Halsband	<input type="checkbox"/> Geschirr
			<input type="checkbox"/> sonstiges:	
			<input type="checkbox"/> Führleine	<input type="checkbox"/> Flexileine
			<input type="checkbox"/> Schleppeleine	
Bewegung:	<input type="checkbox"/> 1x tägl. <input type="checkbox"/> 2x tägl. <input type="checkbox"/> 3x tägl. <input type="checkbox"/> öfter jeweils ___ Minuten/Stunden			
Verhalten:	gegenüber Artgenossen:			
	gegenüber Menschen:			

medizinische Vorgeschichte:

Impfungen:	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> ja, welche:	Medikamente:	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> ja, welche:
Parasiten- Vorsorge/ Behandlung:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wie oft: Welche:	Wurmkur:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wie oft: Welche:
Allergien:	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> ja Welche:	Unfälle / Verletzungen:	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> ja Welche / Wann?:
Haut- erkrankungen:	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> ja Welche?	Operationen:	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> ja Welche / Wann?:
andere (Vor-) erkrankungen:	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> <u>Welche / Wann:</u> <input type="checkbox"/> Herz/Kreislauf <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Tumor <input type="checkbox"/> Epilepsie <input type="checkbox"/> Hüftdysplasie (HD) <input type="checkbox"/> Ellenbogendysplasie <input type="checkbox"/> Cauda Equina <input type="checkbox"/> Spondylose <input type="checkbox"/> Kniescheibe <input type="checkbox"/> Kreuzbänder <input type="checkbox"/> sonstiges:	Hat Ihr Tier Implantate?	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> ja Welche / Wo?:

aktueller Behandlungsbedarf /-wunsch:

Weshalb sprechen Sie mit Ihrem Tier vor? (Beschreibung / Erläuterung Beschwerden)	
Haben Sie diesbezüglich bereits bei einer Tierärztin / einem Tierarzt vorgesprochen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Falls ja:	
behandelnde Ärztin / behandelnder Arzt:	
Behandlung am:	
Diagnose:	
Liegen Ihnen Röntgenaufnahmen / Arztberichte vor?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Bitte bringen Sie diese mit.)
Durchgeführte Maßnahmen / Behandlungen:	
Ergebnis:	
ärztliche Überweisung zur Tierphysiotherapie:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Bitte bringen Sie diese mit.)

Haben Sie sonstige Hinweise oder Wünsche an die Therapeutin?
