



Tierärztliche Überweisung für Physiotherapeutische Behandlungen. Hund und Katze

Tierarzt: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ Fax: _____

E-Mail: _____

Grund der Überweisung/Diagnose: _____

	Ja	Nein	Bemerkungen
Tier ist gesund:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Impfungen gültig:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Regelmässig entwurmt:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Allergien:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Epilepsie:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diabetes:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Anderes:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Medik. Behandlung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Futterzusätze:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herzprobleme:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Kreislaufprobleme:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Lungenprobleme:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hautprobleme:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Gelenkdysplasie:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wo: _____ Grad: _____
Arthrose:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wo: _____
Lähmungserscheinungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schmerzen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	chronisch <input type="checkbox"/> bei Manip. <input type="checkbox"/>

Osteosynthese: _____

Operation/en: welche: _____ wann: _____

Name Hund/Katze: _____

Geburtsdatum: _____

Rasse: _____

Gewicht: _____ M W K

Besitzer: _____

Telefon: _____ Fax: _____

E-Mail: _____

Ja Nein

Therapiebericht erwünscht:

Weitere Bemerkungen: _____

Erwünschtes Ziel: _____

Datum und Unterschrift oder Stempel: _____

Caroline Schoch | Dipl. Tierphysiotherapeutin ifT

Staatsstrasse 74 | 3652 Hilterfingen | Fax 033 243 14 82 | Mobile 079 442 22 23

www.equisphere.ch | info@equisphere.ch



Für den Besitzer

Allgemeines Schmerz Empfinden: sensibel normal robust Schmerzen in der Bewegung in Ruhe

Schlimmer bei Kälte Nässe?

Bemerkungen:

Haltung: Haus draussen Treppen

Bemerkungen:

Auslauf: < 1h 1 bis 2h > 2h

Bemerkungen:

Futter: nass trocken Barfen Küche

Bemerkungen:

Trinkverhalten: abgestandenes Wasser kaltes Wasser

Bemerkungen:

Charakter/Verhalten: ruhig apathisch lustlos temperamentvoll wasserscheu ängstlich «singt» regt sich wegen Kleinigkeiten auf
 aggressiv freudig lernt schnell langsam

Bevorzugt: warme Plätze/Sonne Schatten harter Boden Weicher Winter Sommer

Sonstiges:

Erwünschtes Ziel der Behandlung:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Informationen und gebe den Auftrag zu der Physiotherapeutischen Behandlung meines Tieres.

Ort | Datum | Unterschrift:

Das Tier sollte für die Behandlung Fieber, Durchfall, Infektionskrankheiten frei sein. Die letzte Mahlzeit sollte spätestens 2 Stunden vor der Behandlung gegeben worden sein. Im Verhinderungsfall Termin bitte 24h im Voraus absagen. Behandlungen und Material Vermietung finden gegen Barbezahlung oder Kreditkarten Statt. Besten Dank.