



## Anamnesebogen Physiotherapie

Nehmen Sie sich bitte etwas Zeit und füllen das Formular möglichst **vollständig** und **ausführlich** aus.

Bitte senden Sie uns das Formular vorab als Email an **anmeldung@praxis-kleintiere.de**, per **Fax 06050/9098741** oder **geben Sie es persönlich in der Praxis ab**. Im Anschluss vereinbaren wir gerne einen Termin mit Ihnen.

Vielen Dank.

### Angaben zum Tierbesitzer:

Sollten Sie bereits Kunde in unserer Praxis sein, genügt hier Ihr Name und die Telefonnummer:

Vorname \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

### Angaben zum Tier:

Rufname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Tierart:     Hund             Katze            Geschlecht:  männlich    weiblich

Rasse: \_\_\_\_\_ kastriert:  ja     nein

Aktuelles Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Im Besitz seit: \_\_\_\_\_

Herkunft des Tieres (Züchter / Ausland): \_\_\_\_\_

Auslandsaufenthalt:  ja     nein

wenn ja, wo: \_\_\_\_\_

### Was ist der Grund für die Vorstellung (Diagnose / Behandlungsgrund):

---

---

<b>Aktivität</b>	<input type="radio"/> sehr aktiv / Leistungssport ( Diensthunde, Schlittenhunde)
	<input type="radio"/> durchschnittlich aktiv (z.B. Familienhunde)
	<input type="radio"/> sehr ruhig / liegt viel (z.B. ältere Tiere, reine Wohnungskatzen)
Wie oft und wie lange gehen Sie mit Ihrem Hund spazieren? _____	
_____	
Hat Ihr Tier unbeaufsichtigten Freigang?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Treppen / Sprünge im Haus / Auto: _____	

<b>Bekannte Vorerkrankungen</b>	
<input type="radio"/> <b>Völlig gesundes Tier, aktuell keinerlei Probleme oder Erkrankungen</b>	
<input type="radio"/> <b>Art der Erkrankung</b> _____ bekannt seit: _____	
	_____ bekannt seit: _____
	_____ bekannt seit: _____
Bei Voruntersuchungen/-behandlungen von einer anderen Praxis, würden wir Sie bitten uns die Befunde (z.B. Laborwerte) beizulegen.	

Aktuelle Symptome:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Medikamente:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Andere Probleme:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fellness

Kotabsatz / Urinabsatz (unkontrolliert, verändert,...)

---

Sucht ihr Tier Wärme / Kälte:

---

**Physiotherapeutische Anamnese:**

Diagnostik (Röntgenbilder, MRT, CT, Blutbild, etc.)

---

-> Wenn vorhanden bitte per Mail zukommen lassen

Rücküberweisung:

---

Bisherige Therapie:

---

Ursache der Bewegungsstörung:

---

Beginn / Dauer der Bewegungsstörung:

---

Bekannte Lahmheiten in der Vergangenheit:

---

Art / Häufigkeit der Lahmheit (ständig, wiederkehrend, belastungsabhängig, wetterabhängig, nach dem Ruhen):

---

Fellness

**HINWEISE ZUR ZAHLUNG**

Die Physiotherapie gehört zum Leistungsspektrum von Fellness, somit erhalten Sie nach der Behandlung eine Rechnung, diese bitten wir Sie direkt im Anschluss an die Behandlung in bar oder EC zu bezahlen.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift