

hundephysio

Anmeldeformular

Vom Besitzer auszufüllen:

Name: _____
Vorname: _____
Strasse: _____
PLZ/Ort: _____
Telefon/Natel: _____
E-Mail: _____

Name des Hundes: _____
Rasse: _____
Alter: ____ Jahre
Geschlecht: männl. weibl. kastr.
Gewicht: _____
Schulterhöhe: _____

Verhalten Ihres Hundes:

- | | | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> ruhig | <input type="checkbox"/> lustlos | <input type="checkbox"/> ängstlich | <input type="checkbox"/> unsicher |
| <input type="checkbox"/> neugierig | <input type="checkbox"/> freudig | <input type="checkbox"/> verspielt | <input type="checkbox"/> selbstbewusst |
| <input type="checkbox"/> aggressiv | <input type="checkbox"/> dominant | <input type="checkbox"/> wasserscheu | <input type="checkbox"/> zurückhaltend |

Name des Tierarztes: _____
Adresse: _____
Telefon: _____

	Ja	Nein	Bemerkungen
Ist der Hund gesund	<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"/>	_____
Regelmässig geimpft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Regelmässig entwurmt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Gelenk-Dysplasie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Arthrose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Lähmungserscheinungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hat der Hund Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> chronisch <input type="checkbox"/> bei Manipulation
Medikamente/Schmerzmittel	welche:		_____
Operationen	welche/wann:		_____
Osteosynthese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Andere Krankheiten	welche:		_____
Ruhepuls	_____	_____	_____

Bemerkungen: _____

Datum/Unterschrift des Halters:

.....

Gabriela Schmid
Eschner Strasse 24
FL-9487 Gamprin-Bendern
Tel: 0041 78 922 50 87
Mail: info@hundephysio.li
www.hundephysio.li