



... damit Bewegung wieder Spaß macht!

## Anamnesebogen

### Besitzer

(Vorname / Name): \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Bitte informieren Sie mich per Email über aktuelle Termine und Neuigkeiten von Pets Active.

### Patient:

Name: \_\_\_\_\_ Rasse: \_\_\_\_\_

Geb.: \_\_\_\_\_ in Besitz seit: \_\_\_\_\_

Vorbesitzer: \_\_\_\_\_ Farbe: \_\_\_\_\_

Geschlecht:  männlich  weiblich  kastriert (wann? \_\_\_\_\_)

Tätowiernummer/Chipnummer: \_\_\_\_\_

Gesundheitsprobleme von Wurfgeschwistern: \_\_\_\_\_

Fütterung:  nass  trocken  BARF Intervall: \_\_\_\_\_ x tgl

Nahrungsergänzungsmittel? Welche? \_\_\_\_\_

Unverträglichkeiten: \_\_\_\_\_

Regelmäßige Medikamente (wann die letzte Eingabe, aktuell Schmerzmittel?):

\_\_\_\_\_

Haltung:  Wohnung  Freigänger

### Grund des Besuchs

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Zwangshandlungen: \_\_\_\_\_

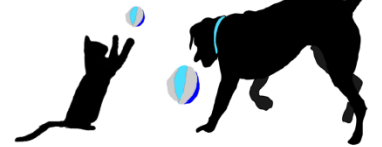
Kreiseln  Schwanzfangen

Pfotenlecken  Fell aufbeißen

Änderungen im Haushalt? zB Umzug, neues Familienmitglied, neues Haustier, andere Lebensweise?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



... damit Bewegung wieder Spaß macht!

## Allgemeiner Gesundheitszustand

Haustierarzt: \_\_\_\_\_

Wurmkur-Intervall: \_\_\_\_\_

Impfungen: \_\_\_\_\_ Letzte: \_\_\_\_\_

Auslandsaufenthalt Wo? \_\_\_\_\_ Wann? \_\_\_\_\_

Vorerkrankungen (Herz, Diabetes, Epilepsie etc.) : \_\_\_\_\_

Unfall/OP's (Goldakupunktur, Implantate?)

Erbrechen:  Ja  Nein Durchfall:  Ja  Nein

Hechelt schnell bei Belastung:  Ja  Nein

Hustet bei Belastung:  Ja  Nein

Röntgen Was? / Warum? / Wann?

Liegt das Tier bevorzugt  weich  hart  warm  kalt

auf links  auf rechts

Sitzt das Tier  gerade  schief  Knie ausgestellt ( li / re )

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Personalien und gebe den Auftrag zur Untersuchung / Behandlung meines Tieres.

\_\_\_\_\_  
Datum , Unterschrift



... damit Bewegung wieder Spaß macht!

## Allgemeine Geschäftsbedingungen

### **Entgelt, Aufwendungen, Fälligkeiten**

Die Behandlungskosten sind direkt nach der Behandlung ihres Tieres in bar zu zahlen.

Aufgrund des Kleinunternehmerstatus erhebe ich gemäß §19 UStG keine Umsatzsteuer und weise diese daher auch nicht aus.

Termine, die nicht mindestens 24 Stunden vor dem Behandlungstermin abgesagt werden, können Anteilig in Rechnung gestellt werden.

### **Haftung**

Mit der Terminvereinbarung versichert der Patientenbesitzer, dass sein Tier frei von ansteckenden Krankheiten und geimpft ist oder teilt dem Therapeuten ausdrücklich mit, welche Krankheiten vorliegen.

Der Patientenbesitzer hat dem behandelnden Physiotherapeuten bei der Befunderhebung alle Krankheitssymptome seines Tieres darzulegen, ebenso - falls vorhanden - eine tierärztliche Diagnose, Röntgenbilder, bereits erfolgte Behandlungsvorschläge und Therapien.

Erweist sich das Tier vor oder während der Therapie aggressiv, behält sich der Behandler vor, die Therapie sofort abubrechen.

Falls das Tier Schäden an Personen oder Einrichtung verursacht hat, haftet der Halter.

Ich habe die allgemeinen Geschäftsbedingungen zu Kenntnis genommen und erkläre mich damit einverstanden

---

Datum , Unterschrift