



### Anmeldeformular

Alle Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

**Vom Besitzer auszufüllen:**

**Halterdaten:**

Name: \_\_\_\_\_  
Strasse: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

**Patientendaten:**

Tiergattung:  Hund  Katze  Pferd  andere: \_\_\_\_\_

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

Geschlecht:  M  W  kastr.  
Gewicht: \_\_\_\_\_  
Chip: \_\_\_\_\_

Hat Ihr Tier einen gültigen Impfschutz  Ja  Nein

Letzte Impfung; Datum und welcher Impfstoff: \_\_\_\_\_

Auslandaufenthalte:  Ja wo und wann? \_\_\_\_\_

Wie alt war das Tier bei Beginn der ersten Symptomatik? \_\_\_\_\_

Ganzjähriges Problem:  Ja  Nein Saisonales Problem:  Ja  Nein

Juckreiz:  Ja  Nein Durchfall:  Ja  Nein

Schmerzen:  Ja  Nein  chronisch  beim Aufstehen/Laufen

Anderes: \_\_\_\_\_

Futter (hauptsächliches): \_\_\_\_\_

Zusätzliches: \_\_\_\_\_

Tierärztliche Therapien: welche? \_\_\_\_\_

- Eliminationsdiät  Shampoos  Flohprophylaxe  Antihistaminika  Antibiotika
- Kortison  Antimykotika  Schmerzmittel  Andere Medikamente

Welche Medikamente und Dosierung: \_\_\_\_\_

Weitere aktuelle Behandlungen; \_\_\_\_\_

oder Therapieformen (Homöopathie etc.) \_\_\_\_\_



# Bioresonanz-Therapie

Esther Merz  
Rebenstrasse 14  
5426 Lengnau AG  
Tel: 076 579 28 70  
www.animal-fit.ch

mit Erfolg; welcher: \_\_\_\_\_

teilweiser Erfolg; welcher: \_\_\_\_\_

kein Erfolg:

Aktuelle Beschwerden: \_\_\_\_\_

Lokalisation der Beschwerden: \_\_\_\_\_

Sind andere Tiere oder Menschen auch betroffen?  Ja  Nein

Krankenversicherung vorhanden:  Ja -> wo: \_\_\_\_\_  Nein

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

Diagnose: \_\_\_\_\_

## Verhalten Ihres Tieres:

- ruhig       lustlos       apatisch       ängstlich       unsicher
- neugierig       freudig       verspielt       selbstbewusst       zurückhaltend
- aggressiv       dominant       nervös

	Ja	Nein	Bemerkungen / Medikamente
Ist das Tier sonst 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"/>	_____
Gelenk-Dysplasie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Arthrose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Spondylose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Lähmungserscheinungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Operationen welche/wann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Andere Krankheiten/welche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift des Halters: \_\_\_\_\_