



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 Antihistiminika 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: _____