



# Anmeldeformular

Für Ihren ersten Besuch mit Ihrem Hund, füllen Sie bitte die folgenden Felder aus. Lassen Sie die medizinischen Fragen von Ihrem Tierarzt ausfüllen, damit eine optimale Behandlung gewährleistet werden kann.

**Vom Besitzer auszufüllen:** Zutreffendes bitte ankreuzen

Name: \_\_\_\_\_ Name des Hundes: \_\_\_\_\_  
 Vorname: \_\_\_\_\_ Rasse: \_\_\_\_\_  
 Strasse: \_\_\_\_\_ Alter : Jg. \_\_\_\_\_  
 PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ Geschlecht:  männl.  weibl.  
 Telefon/Handy: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_  
 E-Mail: \_\_\_\_\_ Schulterhöhe : \_\_\_\_\_

Wie verhält sich ihr Hund:

- ruhig  apathisch  lustlos  temperamentvoll  wasserscheu  
 ängstlich  aggressiv  freudig  zurückhaltend  sonstiges

**Vom Tierarzt auszufüllen:** Zutreffendes bitte ankreuzen

Name des Tierarztes: \_\_\_\_\_ Praxisstempel: \_\_\_\_\_  
 Adresse: \_\_\_\_\_  
 Telefon: \_\_\_\_\_

	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	<b>Bemerkungen</b>
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	.....		
Ruhepuls	_____		
<b>Wassertherapie</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....

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

Datum und Unterschrift des Tierarztes:

Datum und Unterschrift des Hundehalters:

.....

.....