



TIERARZTPRAXIS FÜR REHABILITATION

Dr. med.vet. Barbara Löffler

Hinweis: alle Pflichtfelder sind mit * markiert, alle anderen Angaben sind freiwillig!

Angaben zum Tierhalter:

*Name, Vorname:	Telefon:
*Straße, Hausnummer:	Email:
*PLZ, Wohnort:	
Anzahl Tiere im Haushalt: Hunde: Pferde: Katzen: Sonstige:	
Wie haben Sie von meiner Chiropraxis erfahren? <input type="radio"/> Zeitung <input type="radio"/> Flyer oder Visitenkarte <input type="radio"/> Freunde und Bekannte <input type="radio"/> Internet (Facebook oder Homepage) <input type="radio"/> Haustierarzt	

Angaben zum behandelnden Tier

*Name:	*Tierart/ Rasse:	
<input type="radio"/> m <input type="radio"/> mk	<input type="radio"/> w <input type="radio"/> wk	Haustierarzt:
*Geburtsdatum:	Telefon Haustierarzt:	
*Beim Pferd, Stalladresse:		
Sportliche Nutzung: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, welche:		Leistungsniveau:
Trainer:	Telefon Trainer:	

m= männlich, mk=männlich kastriert, w= weiblich, wk=weiblich kastriert

Seit wann ist das Tier in Ihrem Besitz? ___ Wochen/Monate ___Jahre von klein an (Welp/Fohlen)

Hat ihr Tier eine bekannte Grunderkrankung oder chronische Beschwerden? Nein

Ja, welche: _____

Beispiele Kleintier: Anldrüsenprobleme, Verstopfung, Lahmheiten, Hautprobleme, Allergien, Epilepsie, Schilddrüsenprobleme
Beispiele Pferd: Neigung zu Koliken, Atemwegsprobleme, Lahmheiten, Rückenschmerzen, Hautprobleme etc.

Bekommt Ihr Tier momentan oder dauerhaft Medikamente? Nein Ja, welche: _____

Hatte Ihr Tier bisher größere Unfälle oder Operationen: nein Ja, welche: _____

Was ist der aktuelle Grund für die Vorstellung zur chiropraktischen Behandlung?

- Hiermit bestätige ich, dass ich die Datenschutzhinweise der Tierärztlichen Chiropraxis Dr. med. vet. Löffler zur Kenntnis genommen habe.
- Ja, ich möchte in Zukunft über Veranstaltungen wie z.B. Vorträge oder Seminare per Mail informiert werden. Diese Einwilligung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.

Datum, Unterschrift des Tierhalters: _____