

Gesundheitscheck für Hunde

Vom Besitzer auszufüllen: *Zutreffendes bitte ankreuzen*

Name: _____ Name des Hundes: _____
 Vorname: _____ Rasse: _____
 Strasse: _____ Alter: Jg. _____
 PLZ / Ort: _____ Geschlecht: männl. weibl. kastr.
 Telefon / Handy: _____ Gewicht: _____ kg
 E-Mail: _____

Hat Ihr Hund eine Unfall- / Krankenversicherung? **Ja** **Nein**
 Schwimmt Ihr Hund gerne? Wenn Ja welche _____

Wie ist Ihr Hund?

- ängstlich verspielt
 unsicher selbstbewusst
 neugierig dominant
 freudig _____

Unterschrift des Hundehalters:

Vom Tierarzt auszufüllen: *Zutreffendes bitte ankreuzen*

- Hydrotherapie als Aufbautraining **gesunder** Hunde
 Hydrotherapie als Rehabilitation **verletzter/kranker** Hunde

Name des Tierarztes: _____

	Ja	Nein	Bemerkungen
Herz-/Kreislaufprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Atemwegserkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Neurologische Symptome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche?
Gelenks-Dysplasie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wo?
Hautprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Andere Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Regelmässig geimpft/entwurm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Arthrose	<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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche
Operationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche / wann:

Bemerkungen: _____

Wünschen Sie einen Therapie Zwischen/Schlussbericht?

Praxisstempel / Unterschrift:

Datum:

Kynofit AG

Rikonerstrasse 22, 8307 Effretikon
 Telefon +41 (0) 52 343 87 67, Fax +41 (0) 52 343 87 68
 www.kynofit.ch, contact@kynofit.ch