



# Fragebogen Physiotherapie

(Bitte füllen Sie den folgenden Fragebogen so wahrheitsgemäß wie möglich aus, damit wir best möglichst auf die Bedürfnisse ihres Tieres eingehen können)

## Angaben zum Tierhalter

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon (Festnetz): \_\_\_\_\_ Telefon (Mobil): \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

## Angaben zum Tier

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Rasse: \_\_\_\_\_ Farbe: \_\_\_\_\_

Besondere Kennzeichen: \_\_\_\_\_

Geschlecht:  männlich  weiblich

Scheinträchtigkeiten?  nein  ja

(nur bei Hündinnen ankreuzen)

Kastriert:  nein  ja, seit wann/warum \_\_\_\_\_

Gewicht: ca. .... kg

Gewichtsabnahme in letzter Zeit

Gewichtszunahme in letzter Zeit

Wird Ihr Tier regelmäßig geimpft?  nein  ja

Alle Impfungen (lt. Impfausweis)?  nein  ja

Wie schätzen Sie das allgemeine Schmerzempfinden ihres Tieres ein?

sensibel  unempfindlich

Seit wann ist er/ sie in Ihrem Besitz? \_\_\_\_\_

Herkunft:  Züchter  Tierheim  Privat

Herkunftsland: \_\_\_\_\_

Besitzerwechsel:  nein  ja, wie oft \_\_\_\_\_

Haltungsform:  Wohnung/ Haus  Stockwerk: \_\_\_\_\_ Treppen? \_\_\_\_\_  
 Zwinger

### **Angaben zum überweisenden Tierarzt**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon (Festnetz): \_\_\_\_\_ Telefon (Mobil): \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

Medikamente (auch homöopathische Mittel) und deren Dosierung:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Vergangene Besuche bei Physiotherapeuten, wo/ wann: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **Vorstellungsgrund**

(Krankheiten, Beschwerden, Symptome, auch verheilte o. behandelte Erkrankungen)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Verhaltensauffälligkeiten:  nein  ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Was ist im Umgang mit Ihrem Hund zu berücksichtigen?

\_\_\_\_\_

**Leidet Ihr Tier an folgenden Erkrankungen/ Beschwerden**

(wenn ja, bitte angeben was)

Infektionskrankheiten:  nein  ja \_\_\_\_\_

Mittelmeererkrankungen(Hund)  nein  ja \_\_\_\_\_

Hauterkrankungen/ Fellveränderungen:  nein  ja \_\_\_\_\_

Tumorerkrankungen:  nein  ja \_\_\_\_\_

Allergien:  nein  ja \_\_\_\_\_

Erkrankungen im Maulbereich:  nein  ja \_\_\_\_\_

Augenerkrankungen:  nein  ja \_\_\_\_\_

Ohren-/ Nasenerkrankungen:  nein  ja \_\_\_\_\_

Herz-Kreislauf-Erkrankungen:  nein  ja \_\_\_\_\_

Epilepsie  Herzprobleme

Trägt Ihr Tier einen Herzschrittmacher?  nein  ja \_\_\_\_\_

Stoffwechselerkrankungen (Diabetes...):  nein  ja \_\_\_\_\_

Atemwegserkrankungen:  nein  ja \_\_\_\_\_

Atemnot  Husten

Gelenkerkrankungen:  nein  ja \_\_\_\_\_

Lähmheiten unbekannter Ursache:  nein  ja \_\_\_\_\_

Magen-/ Darmprobleme:  nein  ja \_\_\_\_\_

Kotabsatzprobleme:  nein  ja \_\_\_\_\_

Analdrüsenveränderungen:  nein  ja \_\_\_\_\_

Erkrankung des Harntraktes:  nein  ja \_\_\_\_\_

Harnabsatzprobleme:  nein  ja \_\_\_\_\_

Erkrankungen der Geschlechtsorgane:  nein  ja \_\_\_\_\_

Unfälle, Verletzungen:  nein  ja \_\_\_\_\_

Wurde Ihr Tier schon mal operiert?  nein  ja \_\_\_\_\_

Wenn ja, weswegen/ wann? \_\_\_\_\_

Wurde eine Prothese eingesetzt?  nein  ja, Material \_\_\_\_\_

**Bitte ankreuzen falls zutreffend (Mehrfachnennung möglich)**

- häufige Verstopfung  häufige Blähungen
- häufiger Durchfall  häufiger Harndrang
- häufiges Erbrechen  häufiges Kot fressen
- häufiges Grasfressen  häufiges Wälzen
- häufiges Schlittenfahren  häufig müde
- häufig unruhig  übermäßiger Durst
- übermäßiger Hunger

Tier liegt lieber:  kalt  warm  hart  weich  
 Seite rechts  Seite links  Rücken

Brustlage

Tier sitzt lieber:  gerade  rechtslastig  linkslastig  froschartig

Streckt Ihr Hund/Katze sich häufig (auch nach kurzen Ruhephasen)?

nein  ja

Spielt Ihr Tier anders als früher?

nein  ja \_\_\_\_\_

Wälzt sich Ihr Hund gerne?

nein  ja

Beschwerden werden schlimmer:

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> nach Belastung    | <input type="checkbox"/> unter Belastung     |  |
| <input type="checkbox"/> beim Hinlegen     | <input type="checkbox"/> beim Aufstehen      | <input type="checkbox"/> nach dem Liegen |
| <input type="checkbox"/> beim Hochspringen | <input type="checkbox"/> beim Runterspringen |  |
| <input type="checkbox"/> am Morgen         | <input type="checkbox"/> am Abend            |  |

Wie treten die Beschwerden auf?

- |   |                               |
|---|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> chronisch                              | <input type="checkbox"/> akut |
| <input type="checkbox"/> wechselnd, in welchen Abständen? _____ |                               |

Welches Wetter verschlechtert das Beschwerdebild?

---

---

### **Weitere Angaben zum Hund**

Verwendungszweck:  Haushund  Hofhund  Jagdhund  
 Hundesport, welchen \_\_\_\_\_  
wie oft in der Woche \_\_\_\_\_

Aufwärmtraining:  nein  ja  
(nur bei Sporthunden)

Art der Halsung:  Halsband Material \_\_\_\_\_  
 Kettenhalsband  Stachelhalsband  
 Halti  Brustgeschirr  
 Sonstiges \_\_\_\_\_

Spielvorlieben Ihres Hundes (Ball, Frisbee...) \_\_\_\_\_

Ausdauer:  viel  mittelmäßig  wenig

Welche Gangarten bevorzugt ihr Hund?

- |                                   |                                    |                                 |
|-----------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Schritt  | <input type="checkbox"/> Trab      | <input type="checkbox"/> Galopp |
| <input type="checkbox"/> Passgang | <input type="checkbox"/> Kreuzgang |                                 |

Wie oft und wie lange gehen Sie Gassi pro Tag?

Dauer \_\_\_\_\_ Strecke \_\_\_\_\_

Welchen Untergrund bevorzugt ihr Hund?

- weich                       hart                       egal  
 Waldboden                   Wiese/Feld               Asphalt

Waren Sie mit Ihrem Hund im Ausland?     nein                       ja

Wenn ja, wo und wann? \_\_\_\_\_

### **Ernährung:**

- Nassfutter                       Trockenfutter  
 gekochtes Futter               Rohfutter

Futtermarke/n \_\_\_\_\_

Wie oft wird Ihr Tier gefüttert?     1x am Tag               2x am Tag     3x am Tag

Welche Futterzusätze bekommt Ihr Hund (Ergänzungsfuttermittel, Gelenkzusätze etc.)?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Bekommt Ihr Tier Leckerlies?                       nein                       ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

### Sie sollten zur Physiotherapiesitzung mitbringen:

1. Röntgenbilder und Überweisungsbericht soweit vorhanden oder zu besorgen
2. Impfausweis
3. Lieblingsleckerli, spezielle Diät
4. falls vorhanden, ein Brustgeschirr
5. diesen Fragebogen

Bitte geben Sie Ihrem Hund zwei Stunden vor unserem Termin kein Futter!

Dies ist wichtig um ihr Tier nicht dem Risiko einer Magendrehung auszusetzen!!

Ihre Angaben werden vertraulich behandelt. Ich bin damit einverstanden, dass im Falle einer Kommunikation mit dem behandelnden Tierarzt/ Tierklinik Frau Kyra Kosche meine Daten, sowie die meines Tieres angegeben werden dürfen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift