



# 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 zur Katze

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

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

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

Geschlecht:  männlich  weiblich

Kastriert:  nein  ja

Gewicht: ca. .... kg

Gewichtsabnahme in letzter Zeit  Gewichtszunahme in letzter Zeit

Wird Ihr Tier regelmäßig geimpft?  nein  ja

Wie schätzen Sie das allgemeine Schmerzempfinden ihres Tieres ein?

sensibel  unempfindlich

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

Herkunft:  Züchter  Tierheim  Privat

Haltungsform:  Wohnung/ Haus  Freigänger

**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 zuletzt: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Vorstellungsgrund**

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

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

Was ist im Umgang mit Ihrer Katze zu berücksichtigen?

\_\_\_\_\_

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

(wenn ja, bitte angeben was)

Infektionskrankheiten:  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, Schilddrüse...):  nein  ja \_\_\_\_\_

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

Atemnot  Husten

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

Lahmheiten unbekannter Ursache:  nein  ja \_\_\_\_\_

Erkrankung des Harntraktes:  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  vermehrte Wasseraufnahme

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

Tier sitzt lieber:  gerade  rechtslastig  linkslastig  froschartig

Streckt Ihre Katze sich häufig (auch nach kurzen Ruhephasen)?

nein  ja

Hat sich das Sprungverhalten Ihrer Katze verändert?  nein  ja

Spielt Ihr Tier anders als früher?  nein  ja \_\_\_\_\_

Putzt sich Ihr Tier weniger?  nein  ja

Beschwerden werden schlimmer:

nach Belastung  unter Belastung  
 beim Hinlegen  beim Aufstehen  nach dem Liegen  
 beim Hochspringen  beim runter springen  
 am Morgen  am Abend

Wie treten die Beschwerden auf?

chronisch  akut  
 wechselnd, in welchen Abständen? \_\_\_\_\_

Welches Wetter verschlechtert das Beschwerdebild?

---

## Ernährung:

- Nassfutter                       Trockenfutter  
 gekochtes Futter               Rohfutter

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

Wie oft wird Ihr Tier gefüttert?

- 1 Mal am Tag     2 Mal am Tag     3 Mal am Tag

Bekommt Ihre Katze Futterzusätze (Ergänzungsfuttermittel/-pasten, 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