

Anamnesebogen

Besitzer :

Name _____
Adresse _____
Telefon _____ Mobil _____
Email _____

Patient:

Name _____	Chip _____
Rasse _____	Farbe _____
Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich	☐ kastriert ☐ sterilisiert
Geboren am/ Alter _____	Letzte Läufigkeit _____
Größe _____	Scheinträchtigkeit: ☐ Ja ☐ Nein
Gewicht _____	Wo zuvor: _____
Seit wann ist der Patient bei Besitzer _____	Tierschutz _____
Züchter _____	☐ Inland ☐ Ausland
Von Privat _____	

Lebensbedingungen:

☐ Familienhund ☐ im Zwinger ☐ im Haus ☐ Wachhund ☐ Jagdhund ☐ Sporthund
Rettungshund _____ Welcher Hundesport _____

Behandlungen bisher:

Haustierarzt _____	Tierklinik _____
Physiotherapeut _____	Datum _____
Befund _____	Datum _____
Diagnose _____	_____
Erkrankungen Bewegungsapparat	_____
ED/ HD ☐ ja ☐ nein	Welche _____
Röntgenbilder ☐ ja ☐ nein	Therapiert _____
Zahnanomalien ☐ ja ☐ nein	Unfälle _____
OPs _____	Dosierung _____
Lahmheiten _____	Dosierung _____
Medikamente bisher _____	Herz/ Kreislauf ☐ ja ☐ nein
Homöopathie _____	Ohrenprobleme ☐ ja ☐ nein
Allergien ☐ ja ☐ nein	Epilepsie: ☐ ja ☐ nein
Hautprobleme ☐ ja ☐ nein	Schilddrüsendysfunktion ☐ ja ☐ nein
Diabetes: ☐ ja ☐ nein	_____
Tumore: ☐ ja ☐ nein	_____
Gebärmutter /Eierstock/ Prostata-Problem:	Wann/ Wo _____
Sieht/ hört schlecht ☐ ja ☐ nein	
Auslandsaufenthalt: ☐ ja ☐ nein	

Sonstige Anmerkungen:

Jetzige Beschwerden:

Akute Schmerzen:	☐ ja	☐ nein	Wo _____	Seit wann _____
Berührungsempfindlichkeit :	☐ ja	☐ nein	Wo _____	Seit wann _____
Vermehrtes Hecheln :	☐ ja	☐ nein	Seit _____	
Lahmheit	☐ ja	☐ nein	Wo _____	Seit wann _____
Nach der Arbeit	_____			
Nach dem Ruhen	_____			
Dauer	_____			
Bewegungseinschränkungen	☐ ja	☐ nein	Wo _____	Seit wann _____
Allgemein steif	☐ ja	☐ nein	Wo _____	Seit wann _____
Mag nicht mehr springen (ins Auto/aufs Sofa)	☐ ja	☐ nein		Seit wann _____
Unsicher/schwach in der Hinterhand	☐ ja	☐ nein	Wo _____	Seit wann _____
Pfoten schleifen beim Gehen	☐ ja	☐ nein	Wo _____	Seit wann _____
Veränderter Gang	☐ ja	☐ nein	Wo _____	Seit wann _____
Rückenkrümmen	☐ ja	☐ nein	Wo _____	Seit wann _____
Leckt/beißt sich besonders oft:	☐ ja	☐ nein	Wo _____	Seit wann _____
Muskelschwund	☐ ja	☐ nein	Wo _____	Seit wann _____

Verhalten

ruhig ☐ ängstlich ☐ apathisch ☐ aggressiv ☐ lustlos ☐ lebensfroh ☐
temperamentvoll ☐ zurückhaltend ☐ spielt/ rennt ☐

Konzentrationsschwäche	☐ ja	☐ nein	_____
Oft müde	☐ ja	☐ nein	Wie oft: _____
Schlafstörungen	☐ ja	☐ nein	_____
Blähungen	☐ ja	☐ nein	_____
Verstopfung	☐ ja	☐ nein	_____
Inkontinenz	☐ ja	☐ nein	_____
Übermäßiger Durst	☐ ja	☐ nein	_____
Husten	☐ ja	☐ nein	_____
Atemnot	☐ ja	☐ nein	_____

Wärme-/ Kälteempfinden: _____

Fellveränderungen ☐ ja ☐ nein Wo/ Seit wann _____

Verhalten verändert: ☐ ja ☐ nein Seit Wann _____

Wie _____

Ernährung:

Ernährungszustand: gut ☐ schlecht ☐ normal ☐

Futter

☐ trocken ☐ nass ☐ gemischt ☐ gekocht ☐ BARF ☐ sonstiges ☐ Beginn: _____

Diät: ☐ ja ☐ nein Beginn: _____

Futter Marke _____

Alltagsverhalten:

Auslauf- Häufigkeit und Dauer _____

Tagesablauf _____

Adspektion im Stand- Sitz- Liegen:

Narben: _____

Stellung der Gliedmaße: _____

Belastung der Gliedmaße: _____

Körperfehlstellungen: _____

Haltung des Kopfes: _____

Haltung des Nackens: _____

Haltung der Wirbelsäule: _____

Sonstiges: _____

Adspektion in Bewegung:

Schritt: _____

Kreis rechts: _____

Kreis links: _____

Trab: _____

Galopp: _____

Stand -> Sitz: _____

Sitz -> Platz: _____

Platz -> Sitz: _____

Sitz -> Stand: _____

Einstieg ins Auto: _____

Ausstieg aus Auto: _____

Treppe/Schräge rauf/runter: _____

Lahmheit: _____

Palpation:

Fell: _____

Muskeln: _____

Gelenke: _____

Wirbelsäule: _____

Narben: _____
Parästhesien: _____
Sonstiges: _____

Spezifische Untersuchung:

Längen- und Umfangmaße	☐ nein	☐ ja (Beiblatt)
Gelenkmessungen	☐ nein	☐ ja (Beiblatt)
Passives Endgefühl	☐ nein	☐ ja (Beiblatt)
Traktions- und Kompressionstest	☐ nein	☐ ja (Beiblatt)

Neurologischer Befund:

Motorik (Muskelfunktion): _____
Koordination: _____
Überkreuzreflex: _____
Stellreflex: _____
Flexorreflex: _____
Patellasehnenreflex: _____
Kratzreflex: _____
Überköten im Gang: _____
Rutenhaltung: _____
Blasen- und Darmkontrolle: _____

Behandlungsplan:

Nahziele Behandlung: _____

Fernziel Behandlung: _____

Zwischenbefund: _____

Ergebnis:

Liebe Patientenbesitzer,

nachdem Sie Ihr Tier bei Ihrem behandelnden Tierarzt / in einer Tierklinik vorgestellt haben, klären Sie mit ihm ab, ob Sie eine Überweisung an die Tierphysiotherapie erhalten. Sie können auch bei Ihrer Tierkrankenversicherung erfragen, ob eine Übernahme der Behandlungskosten erfolgt, wenn Sie eine Kopie der Verordnung des Tierarztes einreichen, bzw. eine Rechnung der Behandlung.

Im Falle einer Überweisung stellen Sie bitte sicher, dass Sie eine schriftliche Diagnose und gegebenenfalls OP-Berichte, Röntgen- oder MRT-Aufnahmen erhalten.

WICHTIG: Informieren Sie sich, ab wann der Patient mit der Physiotherapie beginnen darf.

Bei vorangegangenen Operationen sind schriftlich formulierte Nachbehandlungsschemata von Vorteil, aber nicht notwendig. In dieser legt der Tierarzt die Beweglichkeit und Belastbarkeit des Patienten fest und gibt Ihnen gegebenenfalls Verhaltensregeln mit, um einen optimalen Heilungsverlauf zu gewährleisten.

Bei Unklarheiten oder zur Absprache des Therapieverlaufs nehme ich gerne persönlich Kontakt mit Ihrem behandelnden Tierarzt / Ihrer Tierklinik auf (wenn Sie das möchten).

BITTE BEACHTEN SIE:

Der Patient sollte mind. 2 Stunden vor dem Behandlungstermin kein Futter mehr bekommen.

Hunde gehen bitte unmittelbar vor der Behandlung nochmal Gassi, um sich lösen zu können.

Herzlichen Dank für Ihre Geduld und Mühe!

Ich freue mich Sie und Ihren Fellfreund kennenzulernen.

Caroline Waßmuth

Name

Tiername



Datenschutzhinweis gemäß EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)

Sehr geehrte Tierhalterin, sehr geehrter Tierhalter,

zur Abwicklung des zwischen Ihnen und meiner Praxis „TheraPaw Physiotherapie für Kleintiere-Caroline Waßmuth“ einzugehenden Behandlungsvertrags verarbeiten wir von Ihnen sogenannte personenbezogene Daten (gemäß

Art. 6 Abs. 1 b) DSGVO). Das sind Ihr Name, Ihre Anschrift, Telefonnummer und E-Mailadresse. Die beiden Letztgenannten nutzen wir, um auf schnellem Weg mit Ihnen zu kommunizieren, falls es während einer Behandlung dringend notwendig ist oder auch, um mit Ihnen Behandlungstermine abzustimmen.

Für die Datenverarbeitung zuständig bin ich, Caroline Waßmuth (gemäß Art. 3 und 5 DSGVO). Bei Zustandekommen eines Behandlungsvertrags werden vorbenannte Daten für eine Dauer von mindestens 10 Jahren ab Erhebungsdatum bei mir gespeichert. Grundlage dafür sind steuerrechtliche Verpflichtungen, Rechnungsdaten mindestens für diese Zeitspanne aufzubewahren. Die erhobenen Daten werden nach Ablauf dieses Zeitraumes gelöscht, es sei denn, es stehen steuerrechtliche oder andere gesetzliche Verpflichtungen dagegen oder sie sind weiterhin zur Erfüllung des ursprünglichen Zwecks, für den sie verarbeitet wurden, erforderlich.

Sie haben das Recht auf Auskunft darüber, ob ich von Ihnen personenbezogene Daten verarbeite und wenn dies zutrifft, welche ich verarbeite (Art. 15 DSGVO). Dies betrifft besonders den Verarbeitungszweck, die Kategorie der personenbezogenen Daten, die Kategorien von Empfängern, denen Ihre Daten übermittelt werden und die Speicherdauer Ihrer Daten. Gleichfalls steht Ihnen das Recht auf Berichtigung dieser Daten zu, wenn sie fehlerhaft verarbeitet wurden (Art. 16 DSGVO). Des Weiteren haben Sie das Recht auf Löschung (Art. 17 DSGVO) und Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten (Art. 18 DSGVO) sowie auf Widerspruch gegen die Verarbeitung Sie betreffender, personenbezogener Daten (Art. 21 DSGVO). Für Sie besteht außerdem ein Beschwerderecht bei einer datenschutzrechtlich zuständigen Aufsichtsbehörde (Art. 77 DSGVO).

Die Ausübung der vorbeschriebenen Rechte ist mir gegenüber zu erklären. Sie haben das Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DSGVO), d. h. Übermittlung der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesebaren Format an sich selbst oder an einen anderen Verantwortlichen.

Ihre personenbezogenen Daten werden nur an Dritte weitergegeben, wenn Sie Ihre ausdrückliche Einwilligung freiwillig dazu erteilt haben (Art. 6 Abs. 1 Satz 1 a) DSGVO) oder die Weitergabe zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen erforderlich ist und kein Grund zur Annahme besteht, dass Sie ein überwiegendes schutzwürdiges Interesse an der Nichtweitergabe Ihrer Daten haben (Art. 6 Abs. 1 Satz 1 f), Abs. 4 DSGVO). Eine Weitergabe erfolgt weiterhin für den Fall, dass dafür eine gesetzliche Verpflichtung besteht (Art. 6 Abs. 1 Satz 1 c) DSGVO) oder dies gesetzlich zulässig und für die Abwicklung von Vertragsverhältnissen mit Ihnen erforderlich ist (Art. 6 Abs. 1 Satz 1 b) DSGVO).

Wenn Sie uns eine schriftliche Einwilligung zur Datenverarbeitung für bestimmte Zwecke erteilen (Art. 6 Abs. 1 a DSGVO), kann diese jederzeit und grundlos widerrufen werden (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Sind Sie mit den hier geschilderten Vorgängen nicht einverstanden, kann ich Ihr Tier leider nicht behandeln, da ich in diesem Fall den gesetzlichen Vorschriften, u. a. aus §§ 611 ff. BGB, § 14 Abs. 4 UStG in Verbindung mit § 33 UStDV nicht nachkommen könnte.

Kontakt Daten Caroline Waßmuth: Tel. 0160-5244121, E-Mail: info@therapaw.de

Unterschrift Kunde