



TIERGESUNDHEITZENTRUM  
am Rothmarstieg

## Anamnesebogen- Physiotherapie

Lieber Patientenbesitzer!

Damit wir uns einen möglichst genauen Überblick über Ihr Tier und seine Erkrankungen verschaffen können, bitten wir Sie, die nachfolgenden Fragen zu beantworten.

Neukunde?  ja  nein

Falls ja, Haustierarzt: \_\_\_\_\_

Name Besitzer: \_\_\_\_\_ Anschrift: \_\_\_\_\_

### Angaben zum Tier und allgemeine Informationen:

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

Rasse: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

Geschlecht:  männlich  weiblich

Kastration:  ja  nein Wann?: \_\_\_\_\_

Ist Ihr Rüde Kryptorchide?  ja  nein

Ist Ihre Hündin aktuell trächtig?  ja  nein

War Ihr Hündin je trächtig?  ja  nein

Wann war die letzte Läufigkeit?: \_\_\_\_\_

Gab es Scheinträchtigkeiten?  ja  nein

Ist Ihr Tier geimpft?  ja  nein

Zeckenprophylaxe?  ja  nein

Wurde ein Zeckenprofil gemacht?  ja  nein

Ist ihr Tier gechippt?  ja  nein

Anderweitige Implantate?  ja  nein

Falls ja (auch Goldimplantate!), wo: \_\_\_\_\_

Herkunft:  Züchter  Tierschutz  Privat  Ausland, falls ja, woher?: \_\_\_\_\_

Falls vom Züchter: Sind die Eltern HD/ ED frei, gesund?  ja  nein

Falls aus dem Ausland: Wurde bereits auf Reisekrankheiten getestet?  ja  nein

Hund lebt:  im Haus  im Zwinger Sonstiges: \_\_\_\_\_

Seit wann lebt der Hund bei Ihnen? \_\_\_\_\_

Wie viele Tiere/ Hunde leben im Haushalt? \_\_\_\_\_

Falls es mehrere Tiere gibt: Welchen Rang hat der Hund im Rudel? \_\_\_\_\_

Gab es in letzter Zeit Veränderungen? \_\_\_\_\_

Familienhund  Therapiehund  Sporthund  Diensthund  Jagdhund  Hof-/ Wachhund

Fütterung: \_\_\_\_\_

Medikamente/ Zusätze/ Homöopathische Mittel usw.: \_\_\_\_\_

Tägliche Bewegung: \_\_\_\_\_

Nutzen Sie:  Geschirr  Halsband  Halti  Maulkorb

Muss Ihr Tier täglich Treppen steigen? Wie viele?  Ja, \_\_\_\_\_ Stück  nein

Welchen Fußbodenbelag haben Sie?  Fliesen  Laminat/ Parkett/ Vinyl  Teppich

Wie kommt ihr Tier ins Auto?  Springt  Wird hinein gehoben  Rampe/ Treppe

Wie viel schläft Ihr Tier täglich ca.?  < 15 Stunden  > 15 Stunden  > 20 Stunden

Wo schläft Ihr Tier?  Körbchen  Decke  Orthopädisches Kissen

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Vorgeschichte/ Vorerkrankungen:**

Herzinsuffizienz/ Kreislaufproblematik  Epilepsie  Infektionskrankheiten

Hauterkrankungen  Tumore  Allergien  Nieren-/ Leberinsuffizienz

Sonstige Erkrankungen: \_\_\_\_\_

Ist ihr Tier oft angespannt und insgesamt stressanfällig?  ja  nein

Hatte Ihr Hund jemals:  Lahmheit  Unfall  OP

Falls ja, an welchem Körperteil? \_\_\_\_\_

Welche Untersuchungen wurden bereits durchgeführt? \_\_\_\_\_

Gibt es bereits Diagnosen? Welche? \_\_\_\_\_

Existieren Röntgenbilder/ OP-Berichte, Laborbefunde etc.?  Ja  nein

Wurde Ihr Tier bereits einem Tierphysiotherapeuten vorgestellt?  ja  nein

Falls ja, warum und wann? \_\_\_\_\_

### Vorstellungsgrund

- |                              |                             |                               |  |
|------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|--|
| <b>Akute Beschwerden:</b>    | <input type="radio"/> ja    | <input type="radio"/> nein    |  |
| Schmerzen:                   | <input type="radio"/> ja    | <input type="radio"/> nein    | Wo, seit wann? _____                   |
| Schwellungen:                | <input type="radio"/> ja    | <input type="radio"/> nein    | Wo?: _____                             |
| Berührungsempfindlich:       | <input type="radio"/> ja    | <input type="radio"/> nein    | Wo?: _____                             |
| Lahmheit nach Belastung:     | <input type="radio"/> ja    | <input type="radio"/> nein    | Wo?: _____                             |
| Lahmheit nach Ruhe:          | <input type="radio"/> ja    | <input type="radio"/> nein    | Wo?: _____                             |
| Einlaufphänomen:             | <input type="radio"/> ja    | <input type="radio"/> nein    | (Nach ein paar Schritten weniger lahm) |
| Problematischer Bodenbelag:  | <input type="radio"/> weich | <input type="radio"/> hart    | (weich= z.B. Waldboden, hart= Beton)   |
| Probleme beim Aufstehen:     | <input type="radio"/> ja    | <input type="radio"/> nein    |  |
| Bewegungseinschränkungen:    | <input type="radio"/> ja    | <input type="radio"/> nein    | Wo, seit wann? _____                   |
| Bewegt sich allgemein steif: | <input type="radio"/> ja    | <input type="radio"/> nein    |  |
| Springt nicht mehr:          | <input type="radio"/> ja    | <input type="radio"/> nein    | Seit wann?: _____                      |
| Schwache Hintergliedmaßen:   | <input type="radio"/> ja    | <input type="radio"/> nein    |  |
| Zittert:                     | <input type="radio"/> ja    | <input type="radio"/> nein    | Wo? : _____                            |
| Rutscht weg:                 | <input type="radio"/> ja    | <input type="radio"/> nein    | Wo?: _____                             |
| Fällt um:                    | <input type="radio"/> ja    | <input type="radio"/> nein    |  |
| Schleift mit den Pfoten:     | <input type="radio"/> ja    | <input type="radio"/> nein    | Welche? _____                          |
| Muskelschwund:               | <input type="radio"/> ja    | <input type="radio"/> nein    | Wo, seit wann? _____                   |
| Verändertes Verhalten:       | <input type="radio"/> ja    | <input type="radio"/> nein    | Was? _____                             |
| Fellveränderungen:           | <input type="radio"/> ja    | <input type="radio"/> nein    | Wie? _____                             |
| Frisst mehr:                 | <input type="radio"/> ja    | <input type="radio"/> nein    |  |
| Trinkt mehr:                 | <input type="radio"/> ja    | <input type="radio"/> nein    |  |
| Gewichtsveränderung:         | <input type="radio"/> mehr  | <input type="radio"/> weniger | Wie viel? _____                        |
| Schläft mehr als sonst:      | <input type="radio"/> ja    | <input type="radio"/> nein    |  |

Gähnt ungewöhnlich viel:	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
Vermehrtes Hecheln:	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
Wirkt gestresst:	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
Leckt/ beißt/ kratzt mehr:	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Wo?
<hr/>			
Läuft schief:	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
Hält den Kopf schief:	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
Rute hängt schlaff/ ist schief:	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Seit wann? _____
Schmerzäußerungen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
Probleme beim Sitzen:	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
Puppysitting:	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	(sitzt schief auf einer Pobacke)
Probleme beim Liegen:	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
Probleme beim Aufstehen:	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
Probleme beim Treppenlaufen:	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> Treppe hoch <input type="radio"/> Treppe runter
Ungleiche Belastung:	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Wie, seit wann: _____
Stellt ein Bein vor oder aus:	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Welches: _____
Probleme beim Kotabsatz:	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
Probleme beim Urinabsatz:	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
Inkontinent:	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Seit wann? _____

Fällt Ihnen sonst noch etwas ein? Warum genau sind Sie bei uns? Wo hat Ihr Tier genau Probleme?

---



---



---



---



---



---



---

Gibt es sonst etwas Wichtiges, was wir noch wissen müssen?

---