



Anamnesebogen

Name: _____

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Telefonnummer: _____ E-Mail: _____

Patient:

Name: _____

Tierart: _____ Rasse: _____

Geburtsdatum: _____ Farbe: _____

Geschlecht: männlich weiblich kastriert

Gewicht: _____ kg gleich bleibendes Gewicht
 Gewichtszunahme in letzter Zeit
 Gewichtsabnahme in letzter Zeit

Ernährung: _____

Ergänzungsfuttermittel: _____

Ausdauer: gut vermindert

Haltung: Haus/Wohnung Zwinger Treppen: Anzahl_

Verwendungszweck: Haushund Jagd Wachhund

Hundesport: _____

Haustierarzt: _____

Verhaltensveränderungen: _____

Organische Vorerkrankungen: _____

Allergien: _____

Erkrankungen des Bewegungsapparates: _____

Lahmheiten unbekannter Ursache: _____

Unfälle/Verletzungen/Operationen: _____

Vorstellungsgrund:

Dauer der Beschwerden: _____

Der Unterzeichner stimmt einer physiotherapeutischen Behandlung durch Bewegte Tierphysiotherapie zu und verpflichtet sich die Behandlungskosten zum vereinbarten Termin bar zu begleichen.

Kann der vereinbarte Termin nicht wahrgenommen werden, ist dieser spätestens am Vortag abzusagen.

Ort, Datum

Unterschrift

Zudem weisen wir auf die nachfolgenden Datenschutzhinweise hin und möchten Sie bitten, die dazugehörige Einwilligungserklärung zu unterschreiben.

Einwilligung nach Art. 6 Abs. 1 Satz 1 a) i.V.m Art.7 Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)

Nach Kenntnisnahme des vorstehenden Datenschutzhinweises wird folgende Einwilligung erteilt:

Zum notwendigen und erforderlichen Zweck der Durchführung des entstehenden Vertragsverhältnisses werden die vorderseitigen benannten Daten verarbeitet. Diese werden nach Zweckerreichung und/oder Ablauf rechtlicher Aufbewahrungsfristen, spätestens jedoch nach 10 Jahren, gelöscht.

Mit Ihrer folgenden Einwilligung geben Sie Ihr freiwilliges Einverständnis zu der vorbeschriebenen Datenverarbeitung.

- o Hiermit erkläre ich ausdrücklich mein Einverständnis mit der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten in dem vorbeschriebenem Umfang und der beschriebenen Art und Weise

Ort, Datum

Unterschrift

Lastrup, _____

Diese Einwilligung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft widerrufen oder abgeändert werden. Der Widerruf ist postalisch oder per E-Mail an uns zu senden. Eine Folge des Widerrufs kann dann jedoch sein, dass wir das Behandlungsverhältnis nicht mehr oder nicht mehr im bisherigen Umfang fortführen können.