

Anamnesebogen Pferd



Bitte füllen Sie den Bogen so vollständig wie möglich aus. Unbekannte Angaben können frei gelassen werden.

Besitzer

Name:

Emailadresse:

--	--

Adresse:

--

Telefonnummer Festnetz:

Mobilnummer:

--	--

Pferd

Name:

Rufname:

Geschlecht:

--	--	--

Geburtsdatum:

Rasse:

Farbe:

--	--	--

Chip Nr.:

--

Adresse Stall:

--

Geimpft: ☐ ja / ☐ nein

Wenn ja, was?

--

Gewicht: _____ kg

☐ hat Gewicht verloren seit:

☐ ist auf Diät

--	--

Anamnesebogen Pferd

Vorgeschichte (soweit bekannt) und Haltung

Seit wann ist das Pferd bei Ihnen?

Herkunft:

- ☐ vom Züchter
☐ von Privat

- ☐ vom Händler
☐ Andere:

Ist Ihnen die Vorgeschichte des Pferdes bekannt?

Wurde eine Ankaufsuntersuchung gemacht? ☐ ja / ☐ nein

Wenn ja, durch welchen Tierarzt:

Wurden Beugeproben gemacht? ☐ ja / ☐ nein

Wenn ja, mit welchen Resultaten?

Wurden Röntgenbilder gemacht? ☐ ja / ☐ nein

Wenn ja, mit welchen Resultaten?

War Ihr Pferd seitdem krank (Unfall, Lahmheit, Kolik, OP...)? ☐ ja / ☐ nein

Wenn ja, was?

Wie wird Ihr Pferd gehalten?

- ☐ Box
☐ Paddockbox
☐ Offenstall

- ☐ Laufstall
☐ Aktivstall
☐ Sonstiges:

Anamnesebogen Pferd

Schläft das Pferd ausreichend? ☐ ja / ☐ nein

Hat es einen Freund? ☐ ja / ☐ nein

Ist Unruhe im Stall? (z.B. wegen neuer Pferde in der Gruppe o.Ä.) ☐ ja / ☐ nein

Wie wird Heu gefüttert?

- ☐ Boden
- ☐ Netz
- ☐ Raufe

- ☐ Kiste mit Gitter
- ☐ Kiste ohne Gitter
- ☐ Sonstiges:

Gibt es Raufutterpausen: ☐ ja / ☐ nein

Wenn ja, wie lange?

Wo kann behandelt werden? (Trockener Platz, eben, windgeschützt...)

Gibt es elektrisches Licht? ☐ ja / ☐ nein

Anamnesebogen Pferd

Therapeuten, Schmied & Sattler

Haustierarzt:

Gibt es bestehende Diagnosen / Allergien? ☐ ja / ☐ nein

Wenn ja, welche?

Bekommt das Pferd aktuell Medikamente? ☐ ja / ☐ nein

Wenn ja, welche?

Schmied / Hufpfleger:

Seit wann betreut der Schmied / Hufpfleger das Pferd? _____

Sind Sie zufrieden? ☐ ja / ☐ nein

Ist das Pferd beschlagen? ☐ ja / ☐ nein

Wann war der letzte Beschlag / die letzte Hufbearbeitung? _____

Gab es Besonderheiten? ☐ ja / ☐ nein

Wenn ja, welche?

Zahnarzt:

Wann war der letzte Check? _____

Befunde:

Sattler:

Wann war der letzte Check? _____

Wieviel Sättel werden auf dem Pferd benutzt?

Welcher Art?

--	--

Anamnesebogen Pferd

Zeigt das Pferd...

Unwillen beim Satteln? ☐ ja / ☐ nein
Gurtzwang? ☐ ja / ☐ nein

Sattelzwang? ☐ ja / ☐ nein

Andere Therapeuten:

Bekommt Ihr Pferd andere Therapien? (Blutegel, Magnetfeld, Inhalation o.Ä.) ☐ ja / ☐ nein

Wenn ja, was?

--

Wann zuletzt?

--

Nutzung:

Wird das Pferd im Moment geritten? ☐ ja / ☐ nein

Wenn nein, seit wann?

Warum nicht?

--	--

Wenn ja, welche Art der Arbeit und wie oft in der Woche im Schnitt?

☐ Halle / Platz _____
☐ Longe _____ (ausgebunden: ☐ ja / ☐ nein)
☐ Bodenarbeit _____

☐ Gelände _____
☐ Führanlage _____
☐ Sonstiges: _____

Disziplin:

Ausbildungslevel:

--	--

Gegebenenfalls letztes Turnier:

Nächstes Turnier:

--	--

Von wem wird das Pferd geritten: _____

Wenn ja, was?

Wie lange?

--	--

Beritt: ☐ ja / ☐ nein

Wenn ja, von wem?

Wie oft?

--	--

Anamnesebogen Pferd

Grund für den Besuch

Routinemäßiger Check: ☐ ja / ☐ nein

Aktuell Beschwerden bekannt?

(z.B. Magengeschwüre, Cushing, PSSM, EMS, Arthrose, Spat, Kissing Spines o.Ä.) ☐ ja / ☐ nein

Wenn ja, was?

Seit wann?

--	--

Pferd wird vorgestellt wegen...

Lahmheit: ☐ ja / ☐ nein

Wenn ja, wo?

Seit wann?

--	--

Wurde bereits Diagnostik betrieben? ☐ ja / ☐ nein

Wenn ja, was?

Von wem?

--	--

Befunde?

--

Schmerzhaftigkeit/Empfindlichkeit beim Putzen oder Berühren: ☐ ja / ☐ nein

Wenn ja, wo?

Seit wann?

- ☐ Genick
- ☐ Hals
- ☐ Rücken
- ☐ Brustbein / Gurtlage

- ☐ Flanke
- ☐ Kruppe
- ☐ Sonstiges: _____

Nach dem Reiten besser? ☐ ja / ☐ nein

Rückenprobleme: ☐ ja / ☐ nein

Wenn ja, wo?

Seit wann?

--	--

Wurde bereits Diagnostik betrieben? ☐ ja / ☐ nein

Wenn ja, was?

Von wem?

--	--

Anamnesebogen Pferd

Befunde?

--

Leistungsabfall: ☐ ja / ☐ nein

Rittigkeitsprobleme: ☐ ja / ☐ nein

Wenn ja, was? (z.B. Steifheit, Seitenungleichheit, Kopfschlagen, Unwilligkeit sich zu stellen oder biegen, springt im Galopp falsch an, kippt über die Schulter weg, macht sich hohl, steigt, drückt den Rücken weg, geht nicht in die Dehnungshaltung, verwirft sich, mangelnder Schub, o.ä.)

--

Bei welchem Reiter?

Seit wann?

--	--

Schweifschiefhaltung: ☐ ja / ☐ nein

Wenn ja, welche Seite?

Seit wann?

Immer gleich?

☐ links / ☐ rechts		☐ ja / ☐ nein
--	--	---

Muskelveränderungen: ☐ ja / ☐ nein

Dellen?

Wo?

Einseitig / beidseitig?

☐ ja / ☐ nein		☐ einseitig / ☐ beidseitig
---	--	--

Atrophien?

Wo?

Einseitig / beidseitig?

☐ ja / ☐ nein		☐ einseitig / ☐ beidseitig
---	--	--

Ataxie: ☐ ja / ☐ nein

Wenn ja, welche Beschwerden?

Seit wann?

--	--

Wurde bereits Diagnostik betrieben? ☐ ja / ☐ nein

Wenn ja, was?

Von wem?

--	--

Befunde?

--

Anamnesebogen Pferd

Kolik: ☐ ja / ☐ nein

Wiederkehrend?

OP?

☐ ja / ☐ nein

☐ ja / ☐ nein

Näheres:

Wesensveränderung: ☐ ja / ☐ nein

Welcher Art?

Schwierigkeiten bei der Futteraufnahme: ☐ ja / ☐ nein

Fellveränderungen: ☐ ja / ☐ nein

Ungleiches Schwitzmuster: ☐ ja / ☐ nein

Keines von alledem. Grund der Vorstellung ist:

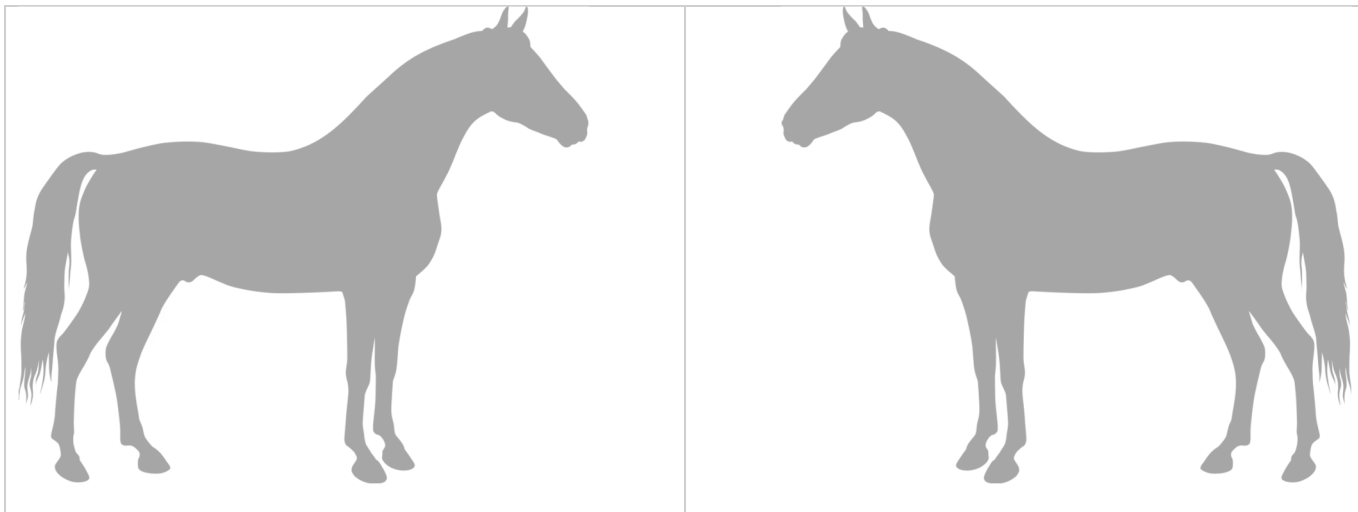
Sonstiges:

Kommen Sie auf Empfehlung? ☐ ja / ☐ nein

Von wem?

Anamnesebogen Pferd

Bitte markieren Sie die Bereiche, in denen Sie Probleme vermuten, oder in denen bekannte Probleme sind:



Bitte fassen Sie das Problem / die Probleme kurz zusammen:

Bringen Sie Unterlagen mit? (Röntgenbilder, Laborberichte, OP-Berichte o.Ä.) ☐ ja / ☐ nein

Wenn ja, was?

☐ In Papierform / ☐ Digital

Hinweise zum Termin

Liebe Patientenbesitzer,

Ich bin normalerweise pünktlich zum vereinbarten Termin für Sie bereit, sollte ich mich verspäten und noch nicht in der Praxis sein, dann schicke ich eine Nachricht. Erhalten Sie nicht Bescheid, rufen Sie mich bitte an, oder schicken Sie eine Nachricht.

Da ich mit Lebewesen arbeite, kann es vorkommen, dass ein Termin weniger Zeit beansprucht als eingeplant und ich **früher** bei Ihnen bin. **Seien Sie deshalb bitte vor dem Termin erreichbar.** Ist Ihnen das nicht möglich, geben Sie mir bitte vorher Bescheid. **Seien Sie bitte auch am Stall erreichbar**, damit ich mich melden kann, falls ich Sie nicht finde.

Seien Sie rechtzeitig am Stall, damit das **Pferd zum vereinbarten Zeitpunkt schon fertig** ist. Um die ganze Zeit für die Behandlung nutzen zu können **putzen Sie Ihr Pferd bitte vorher** (auch Hufe säubern). Das Pferd soll vorher **nicht gearbeitet** werden, denn Symptome verschwinden oder verändern sich, auch Temperaturunterschiede und Veränderungen im Gewebe zeigen sich am besten direkt aus der Box. Eine **Ausnahme** ist, wenn das Pferd aus der Box **angelaufene Beine** hat, dann gehen Sie mit ihm bitte vor der Behandlung, damit der Lymphfluss in Gang kommt.

Sollten Sie sich unsicher sein oder sich die Beschwerden nur bei der Arbeit zeigen oder das Pferd nur ruhig stehen können, wenn es vorher etwas getan hat, sprechen Sie mich bitte darauf an.

Sollte es kalt sein und das Pferd normalerweise eingedeckt, kann es bei der Behandlung eine Fleecedecke tragen, ich kann auch unter einem Solarium arbeiten. Wenn es dem Pferd kalt ist, kann es sich nicht entspannen.

Bei Fragen **erreichen** Sie mich am besten über **WhatsApp** (bitte keine Sprachnachrichten). Auch per **SMS**. E-Mails werden nicht unmittelbar gelesen oder beantwortet. Sollten Sie mich dennoch telefonisch erreichen wollen, versuchen Sie es bitte wiederholt (Nachrichten auf dem Anrufbeantworter können nicht zeitnah beantwortet werden).

Herzlichen Dank für Ihre Geduld und Mühe!

Ich freue mich Sie und Ihr Pferd kennenzulernen.

Dr. med. vet. Nadine Ritter Petzl

Mobil: 0176/55912545

E-Mail: tierchiropraktik@yahoo.de

Web: www.chiropraktik-fuer-tiere.de

Name	Tiername

Datenschutzhinweis gemäß EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)

Sehr geehrte Tierhalterin, sehr geehrter Tierhalter,

zur Abwicklung des zwischen Ihnen und unserer Praxis „tierärztliche Praxis für Chiropraktik Nadine Petzl“ 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.

Der für diese Datenverarbeitung zuständige Verantwortliche in unserer Praxis ist Frau Dr. Nadine Petzl (gemäß Art. 3 und 5 DSGVO). Bei Zustandekommen eines Behandlungsvertrags werden vorbenannte Daten für eine Dauer von mindestens 10 Jahren ab Erhebungsdatum bei uns 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 wir von Ihnen personenbezogene Daten verarbeiten und wenn dies zutrifft, welche wir verarbeiten (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 gegenüber dem eingangs benannten Verantwortlichen unserer Einrichtung 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, können wir Ihr Tier leider nicht behandeln, da wir in diesem Fall den gesetzlichen Vorschriften, u. a. aus §§ 611 ff. BGB, § 14 Abs. 4 UStG in Verbindung mit § 33 UStDV nicht nachkommen könnten.

Kontakt Daten Dr. Nadine Ritter Petzl: Tel. 0176/55912545 · E-Mail: tierchiropraktik@yahoo.de

Unterschrift Kunde