

Datenerhebungsbogen

Dieser Fragebogen hilft mir dabei, Ihr Pferd bestmöglich zu behandeln und zu versorgen.
Bitte füllen Sie ihn vollständig und wahrheitsgemäß aus. Bei Fragen stehe ich Ihnen
gerne zur Verfügung.

Angaben zum Besitzer / Eigentümer:

Sind Sie der Besitzer / Eigentümer des zu behandelnden Pferdes?	☐ Ja	☐ Nein
Falls nicht, wer kommt für evtl. entstehende Schäden auf? (Sach-, Personenschäden, etc)		

Im Folgenden bitte die Angaben sowohl für den Besitzer / Eigentümer als auch den Auftraggeber ausfüllen,
falls Sie nicht der Besitzer / Eigentümer sind. Ansonsten reichen die Angaben des Besitzers / Eigentümers

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Straße	
PLZ	
Ort	
Telefon	
E-Mail	
Beruf	
Krankenversichert bei	
Haftpflichtversichert bei	

es wird um einen digitalen Nachweis der Haftpflichtversicherung gebeten

Angaben zum Pferd:

Name					
Geburtsdatum / Alter					
Geschlecht					
Rasse					
Fellfarbe					
Gewicht					
Stockmaß					
Haltung	☐ Offenstall	☐ Innenbox	☐ Außenbox	☐ Paddockbox	☐ Sonstiges
Hat Ihr Pferd Koppelzugang?	☐ Ja	☐ Nein	Wie lang:		

Bei Stuten, ist die Stute aktuell tragend?	☐ Ja	☐ Nein
Seit wann?		

Ist das Pferd versichert?	☐ Ja	☐ Nein	
Bei wem?			
Welche Versicherungen?	☐ Haftpflicht	☐ Kranken	☐ OP
Sonstige Versicherungen			

Ist das Pferd geimpft?	☐ Ja	☐ Nein	
Welche Impfungen?	☐ Tetanus	☐ Influenza	☐ Herpes
Sonstige			
Wann war die letzte Impfung?			

Wann war der letzte Zahnarzttermin?					
Was wurde gemacht?	☐ Kontrolle	☐ Zahnbehandlung	☐ OP	☐ Sonstiges	
Wann war der letzte Hufbearbeitungstermin?					

Aktuelle Beschwerden:

--

Vorerkrankungen:

--

Operationen:

Welche?	Ja / wann?	Nein

Allergien / Unverträglichkeiten:

	Ja + Erklärung	Nein
Medikamente		
Pollen		
Futter		
Sonstiges		

Medikamente:

Bekommt das Pferd aktuell Medikamente?	☐ Ja	☐ Nein
Welche?		
Wo gegen?		
Seit wann?		
Häufigkeit		

Gewohnheiten:

Hat das Pferd bestimmte Angewohnheiten? (z.B. treten, beißen, steigen, koppen etc.)	☐ Ja	☐ Nein
	Welche?	

Vegetative Anamnese (Veränderungen in den letzten 2 Monaten?):

	Ver mehrt	Ver mindert	Normal
Durst	☐	☐	☐
Appetit	☐	☐	☐
Kot	☐	☐	☐
Wasserlassen	☐	☐	☐
Schwitzen	☐	☐	☐

Schmerzanamnese:

	Ja + Erklärung	Nein
Leidet das Pferd unter wiederkehrenden Schmerzen?		

Sonstiges:

Wollen Sie mir sonst noch etwas wichtiges über Ihr Pferd mitteilen?

Ort, Datum

Unterschrift Besitzer / Eigentümer &
Ggf. Auftraggeber

Mit meiner Unterschrift bestätige ich als Besitzer / Eigentümer, dass ich alle Angaben wahrheitsgemäß ausgefüllt habe.

Der Besitzer / Eigentümer / Auftraggeber haftet für alle Schäden, die durch ihn oder das Pferd an Personen, Ausrüstung oder Einrichtung verursacht werden.

Des weiteren erkennt der Besitzer / Eigentümer / Auftraggeber an, dass die craniodynamische Behandlung keine tierärztliche Behandlung ersetzt und keine Diagnosen erstellt. Die Behandlung auf Grund der Craniodynamik und andere alternative Behandlungsformen (wie die Magnetfelddecke) dienen als Unterstützung.

Ich als Therapeut übernehme keine Garantie für den Therapieerfolg, da dieser von vielen Faktoren abhängt. Die Behandlung durch die Magnetfelddecke ist nur möglich, wenn das Pferd / der Besitzer / Eigentümer / der Auftraggeber Haftpflicht versichert ist und der Besitzer / Auftraggeber versichert, dass das Pferd keine übertragbaren Krankheiten hat. Sollte sich im Nachhinein herausstellen, dass eine Übertragung einer Krankheit möglich ist / war, muss ich unverzüglich benachrichtigt werden. Der Besitzer / Eigentümer / Auftraggeber trägt in diesem Fall die Kosten für eine professionelle, medizinische Desinfektion der Ausrüstung nach Rückgabe.

Weitere Infos in meinen AGB's.