

Aufnahmeformular

Name des Auftraggebers/Besitzers: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ/Ort: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

Name Pferd: _____ Stute ☐ Wallach ☐ Hengst ☐

Rasse: _____

Geburtsdatum: _____ Gewicht: _____

Im Besitz seit: _____ Stockmaß: _____

Chipnummer/ Lebensnummer Equidenpass: _____

Nutzung:

☐ Dressur ☐ Springen ☐ Vielseitigkeit ☐ Voltigieren ☐ Distanz ☐ Gangpferd

☐ Therapiepferd ☐ Traber ☐ Galopper ☐ Western ☐ Freizeit ☐ Fahren ☐ Rente

Sonstige: _____

Wie oft wird das Pferd in der Woche

geritten: _____ longiert: _____ Reitunterricht/Beritt: _____

Haltung:

☐ Boxenhaltung ☐ Weidegang ☐ Auslauf/Paddock ☐ Gruppenhaltung/Offenstall

☐ Stroh ☐ Späne ☐ Waldboden/Torf ☐ Gummimatten ☐ Leinenstroh

Sonstige: _____

Fütterung:

Wie oft wird das Pferd täglich gefüttert? _____ Menge/Tag: _____

Welches Futter wird verwendet? _____

Verwendete Futterergänzungsmittel: _____



Praxis für Gesundheitsentstehung

Petra Doering

Marienstr. 11

66589 Merchweiler

☎ 0177 6707 170

www.doeringpetra.de

info@doeringpetra.de

Anamnese:

Spontanbericht/ Grund der Vorstellung:

Seit wann besteht das Problem? _____

Vorerkrankungen/Besonderheiten: _____

Medikamente (inkl. Dosierung):

Problematik verändert sich: ☐ nicht ☐ wird schlimmer ☐ beim/nach Ruhezeiten

☐ Wetter/ Jahreszeit ☐ nach Belastung ☐ Sonstige

Diagnosen/ Befunde:

☐ Stoffwechselerkrankungen ☐ Hufrehe ☐ Bewegungsapparat ☐ Atemwegserkrankung

☐ Sonstige

Röntgenbilder vorhanden? ☐ nein ☐ ja von wo und wann? _____

Anamnese des Tierarztes:



Haustierarzt:

Auffälligkeiten am Pferdekörper:

Kopf: _____

Augen: _____

Ohren: _____

Nüstern: _____

Zähne/ letzte

Zahnbehandlung: _____

Hals/ HWS/ Mähnenkamm: _____

Brust/ Rumpfträger: _____

Bauch/ BWS: _____

Vorhand/ Beine/ VHufe: _____

Hinterhand/ Beine/ HHufe: _____

Harn-/ Geschlechtsorgane: _____

Haut: _____

Ausschläge/ Ekzeme: _____

Narben: _____

Fellwechsel: _____



Behandlungsvertrag und Datennutzung

- ☐ Ich bin Besitzer des Tieres und berechtigt, einen Vertrag zur Durchführung und Behandlung zu schließen.
- ☐ Ich bin Willens und in der Lage, die entstehenden Kosten zu begleichen.
- ☐ Ich bin nicht Besitzer des Tieres und versichere, dass ich im Auftrag des Tierbesitzers handle und ebenfalls in der Lage bin, die entstehenden Kosten zu begleichen.
(Nachweise erforderlich! Eigentumsurkunde/ Equidenpass o.a.)

Die Bezahlung der Behandlung erfolgt zu 50% per Vorkasse, somit ist Ihr Termin bei mir gebucht. Der Restbetrag ist vor Ort in bar zu entrichten.

Falls ein vereinbarter Termin nicht wahrgenommen werden kann, muss dieser bis min. 24 Stunden vorher abgesagt werden. Bei keiner bzw. kurzfristigeren Absage werden 50% der Kosten für die geplante Behandlungseinheit in Rechnung gestellt.

- ☐ Ich bin damit einverstanden, dass wir per E-Mail unverschlüsselt kommunizieren und auch Rechnungen auf diesem Wege an mich versendet werden.
- ☐ Ich willige ein, dass die erhobenen Daten auch für zukünftige Behandlungen und Verträge genutzt werden dürfen.
- ☐ Ich willige ein, dass mich Frau Petra Doering telefonisch und schriftlich (E-Mail, Post, WhatsApp, SMS, etc.) über die mich betreffende Terminplanung sowie Behandlungen und Befunde informiert.

Ich bestätige die Kenntnisnahme der Datenschutzhinweise gemäß DSGVO auf der Website www.doeringpetra.de.

Bitte füllen Sie den Aufnahmebogen korrekt aus. Ergänzungen, welche hier keinen Platz finden, sowie bildgebende Befunde können gerne per Email geschickt werden.

Nach Eingang erhalten Sie einen Termin.

Ort, Datum

Unterschrift



Praxis für Gesundheitsentstehung

Petra Doering

Marienstr. 11

66589 Merchweiler

☎ 0177 6707 170

www.doeringpetra.de

info@doeringpetra.de