

Physiotherapeutischer Befundbogen

Besitzer		Pferd	
Name		Name	
Straße		Geschlecht	m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> kastriert <input type="checkbox"/>
PLZ/Ort		Alter/ Geburtsdatum	
Tel.:		Rasse	
Mail		Schlachtpferd	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
in Besitz seit		Adresse Stall	
		Herkunft	
		Besitzerwechsel	
		Tierarzt	
		Tel.:	

Allgemeines

Haltung	Box <input type="checkbox"/> Paddock-Box <input type="checkbox"/> Offenstall <input type="checkbox"/> Aktivstall <input type="checkbox"/> 24h Weide <input type="checkbox"/>
Einstreu	Stroh <input type="checkbox"/> Späne <input type="checkbox"/> Strohpellets <input type="checkbox"/> Torf <input type="checkbox"/> andere _____
Auslauf	Weide <input type="checkbox"/> Paddock <input type="checkbox"/> Einzelauslauf <input type="checkbox"/> Kleingruppe <input type="checkbox"/> Herde <input type="checkbox"/> Sommerweide <input type="checkbox"/>
Fütterung	Heu <input type="checkbox"/> Heulage <input type="checkbox"/> Silage <input type="checkbox"/> Häufigkeit: 24h <input type="checkbox"/> ____ x täglich
	Hafer <input type="checkbox"/> Pellets <input type="checkbox"/> Müsli <input type="checkbox"/> Minaralfutter <input type="checkbox"/> Häufigkeit ____ x täglich
	Zusatzfutter:
Disziplin	Dressur <input type="checkbox"/> Springen <input type="checkbox"/> Vielseitigkeit <input type="checkbox"/> Freizeit <input type="checkbox"/> Western <input type="checkbox"/> Distanz <input type="checkbox"/> Fahren <input type="checkbox"/> Voltigieren <input type="checkbox"/> Schulpferd <input type="checkbox"/> Therapie <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
Trainingseinheiten Pro Woche ____	Reiten ____ Dressur ____ Springen ____ Ausreiten ____ Longieren ____ Bodenarbeit ____ Handarbeit ____ Fahren ____ Sonstiges _____
Ausbildungsstand	
Pferd	Roh <input type="checkbox"/> angeritten <input type="checkbox"/> geritten <input type="checkbox"/>
Reiter	Anfänger <input type="checkbox"/> Fortgeschritten <input type="checkbox"/> Profi <input type="checkbox"/>
Reitbeteiligung	Anfänger <input type="checkbox"/> Fortgeschritten <input type="checkbox"/> Profi <input type="checkbox"/>
Unterricht	Reiten _____ Bodenarbeit _____ Sonstiges _____

Anamnese

Hufe	Barhuf <input type="checkbox"/> Beschlag <input type="checkbox"/> Spezialbeschlag <input type="checkbox"/> Hufschuhe <input type="checkbox"/> Beschlagsperiode ____ -wöchig
Wurmkur	____ x pro Jahr Selektive Entwurmung <input type="checkbox"/> letzte Entwurmung _____
Impfung	Tetanus <input type="checkbox"/> Influenza <input type="checkbox"/> Herpes <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ letzte Impfung: _____
Blutbild	Zuletzt _____ Befunde _____
Vorliegende Befunde durch TA	
Zähne	Letzte Zahnbehandlung: _____
Therapeutische Behandlung	Physio/Osteo/Chiro _____ THP _____ Akupunktur _____ Blutegel _____
Vorerkrankungen	
Verletzungen (Unfall, Sturz)	
OP	
Medikamente/ Alternativ	Was: Häufigkeit/Zeitraum:

Behandlungsgrund:

Aktuelles Problem	
Vordiagnose TA, Röntgenbilder etc.	
Bisherige Therapien	
Auffälligkeiten beim Putzen	
Auffälligkeiten beim Reiten	

Auffälligkeiten am Boden	
Schmerzempfinden	
Ursache	
Beginn/Dauer der Symptome	
Lahmheiten unbekannter Ursache	