

## BLUTEGELBEHANDLUNG



### Angaben zum Auftraggeber/Tierhalter

Name, Vorname:

Straße, Hausnummer, PLZ/Ort (Privatadresse):

Telefon, Email:

Stalladresse ( nur bei PFERDEN ):

### Angaben zum Patienten/Tier

Tierart / Rasse / Geschlecht / Farbe:

Name, Rufname des Tieres:

Geburtsdatum / Alter:

Lebensnummer / Chip (falls vorhanden):

**PFERD:** Da die Therapie mit Blutegeln unter das Arzneimittelgesetz fällt, kommen nur die, als im Equidenpaß eingetragenen **"Nicht Schlachtpferde"** dafür in Frage. Bitte halten Sie als "Neukunde" den Equidenpaß für mich vor der Therapie zur Einsicht bereit! Ohne Prüfung des Equidenpass` kann eine Blutegelbehandlung NICHT durchgeführt werden.

### Allgemeine Anamnese

Indikation für die Blutegeltherapie:

Bekannte (Vor-) Erkrankungen (chronisch?) / Verletzungen:

Medikamente **ja** (welche, Dosierung?) / **nein**:

Liegen oder lagen Infektionskrankheiten vor **ja** (welche, wann?) / **nein**, oder leidet ihr Tier zur Zeit an Fieber, Magen-/

Darm-Problemen, Nasen-Augen Ausfluss, Lymphknotenschwellung, Husten oder Infekten? **ja** (welche?) / **nein**:

**Über mögliche Nach- und Nebenwirkungen, sowie über die Kontraindikationen der Blutegeltherapie bin ich durch die Therapeutin aufgeklärt worden. Die allgemeinen Geschäftsbedingungen habe ich zur Kenntnis genommen und erkenne diese ausdrücklich an. Ich möchte die Blutegeltherapie an meinem Tier durchführen lassen.**

Ort/Datum:

Unterschrift: