

TCM ANAMNESE

Datum: _____

Erstbehandlung

Folgebehandlung

Besitzer:in

Name: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Email: _____

Stalladresse: _____

Pferd

Name: _____

Geburtsdatum / -jahr: _____ Stute Wallach Hengst

Rasse: _____

Stockmaß: _____ cm Körpertemperatur: _____ °C

Gewicht: _____ kg geschätzt gewogen gemessen

Im Einsatz in: Sport Freizeit Zucht _____

Haltung: _____

Fütterung: _____

Vorerkrankungen: _____



