



Hydrotherapy Dog Center

Zappa Paola

Rue Brûlotte, 17 1325 Chaumont-Gistoux

Tel: 010 /86.26.46 Mobile: 0478/29.83.81

E-Mail: info@hydrowestcoast.com

AUTORISATION DE TRAITEMENT

(A compléter par le propriétaire)

Nom du propriétaire : _____

Adresse : _____

Tél./GSM : _____

Nom du chien : _____

Race : _____

Age : _____ ans _____ mois

Sexe: male / femelle

Poids: _____ kg

Taille au garrot : _____ cm

Votre chien a-t-il déjà une expérience en natation ? Quelle était sa réaction ?

Comment décririez-vous son caractère ? (anxieux / soumis / neutre / enthousiaste / sûr de soi / dominant etc.) _____

(A compléter par le vétérinaire)

Nom du vétérinaire : _____

Adresse : _____

Tél./GSM : _____

Fax : _____

Renseignements médicaux

Problèmes cardiaques? Si oui, lesquels ? _____

Problèmes respiratoires ? Si oui, lesquels ? _____

Problèmes dermatologiques ? Si oui, lesquels ? _____

Dysplasie des hanches ? (unilatérale ou bilatérale) _____

Autre affectations ? (par ex. : arthrite - muscles - ligaments - paralysie ou symptômes de paralysie - ...)

Opérations? Si oui, lesquelles? Quand ? Comment le chien s'est-il rétabli ? _____

Le chien a-t-il mal ? Si oui, lors de quel(s) mouvement(s) ? Est-ce chronique ? Uniquement lors de l'examen médical ? _____

Médication ? Injections ? (où, quand) _____

Remarques ? _____

D'après vous, l'hydrothérapie est-elle conseillée pour ce chien ? OUI / NON

Signature / Cachet

Merci pour votre collaboration !
Nous vous tiendrons informé !