

# Fall – Dokumentation

zur Vorlage beim Verband energetisch arbeitender Tier-Therapeuten VETT

Es sind die Felder auszufüllen, die für die individuelle energetische Diagnose- und Therapie-Art des jeweiligen Therapeuten relevant sind.

Name des Therapeuten ..... PLZ ..... Ort .....  
 Strasse..... Tel ..... Fax .....  
 Beruf ..... Email .....

Besitzer des Tieres .....  
 Strasse ..... PLZ ..... Ort .....  
 Tel. ....  
 Datum der ersten Untersuchung

Tierart..... Alter ..... Geschl. ....  
 Rasse .....

**Problem**

**Diagnose**

**Anamnese, Vorgeschichte**

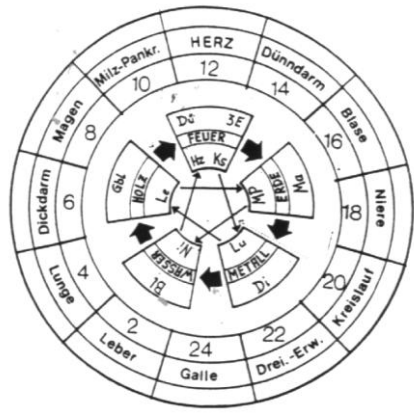
Impfungen .....  
 Operationen .....  
 Medikamente .....  
 Futter .....

**Klinischer Befund, soweit vorhanden**

<p><b>Röntgen</b></p> <p><b>Inspektion</b>                  Zustand, Fell                  Haltung, Statik                  Narben</p>	<p><b>Palpation</b></p> <p><b>Auskultation</b></p> <p><b>Perkussion</b></p> <p><b>Labor</b></p>
--	---

**Energetischer Befund (Meridiane, Elemente)**

- Erhoben durch
- Zuordnung der Symptome/Repertorisati
  - Diagnostische Akupunktur
  - Pulsdiagnose
  - Kinesiologie, Applied Kinesiology
  - Nogier-Test
  - Sonst. Biofeedback-Methode
  - Aura-/Kirlianfotografie
  - .....



Meridiane in Fülle (+)  
 Meridiane in Leere (-)  
 Schlussfolgerung

**Ergebnis der Repertorisation (bei Homöopathie, Blüthenherapie)**

# Befunderhebung bei Problemen des Bewegungsapparates

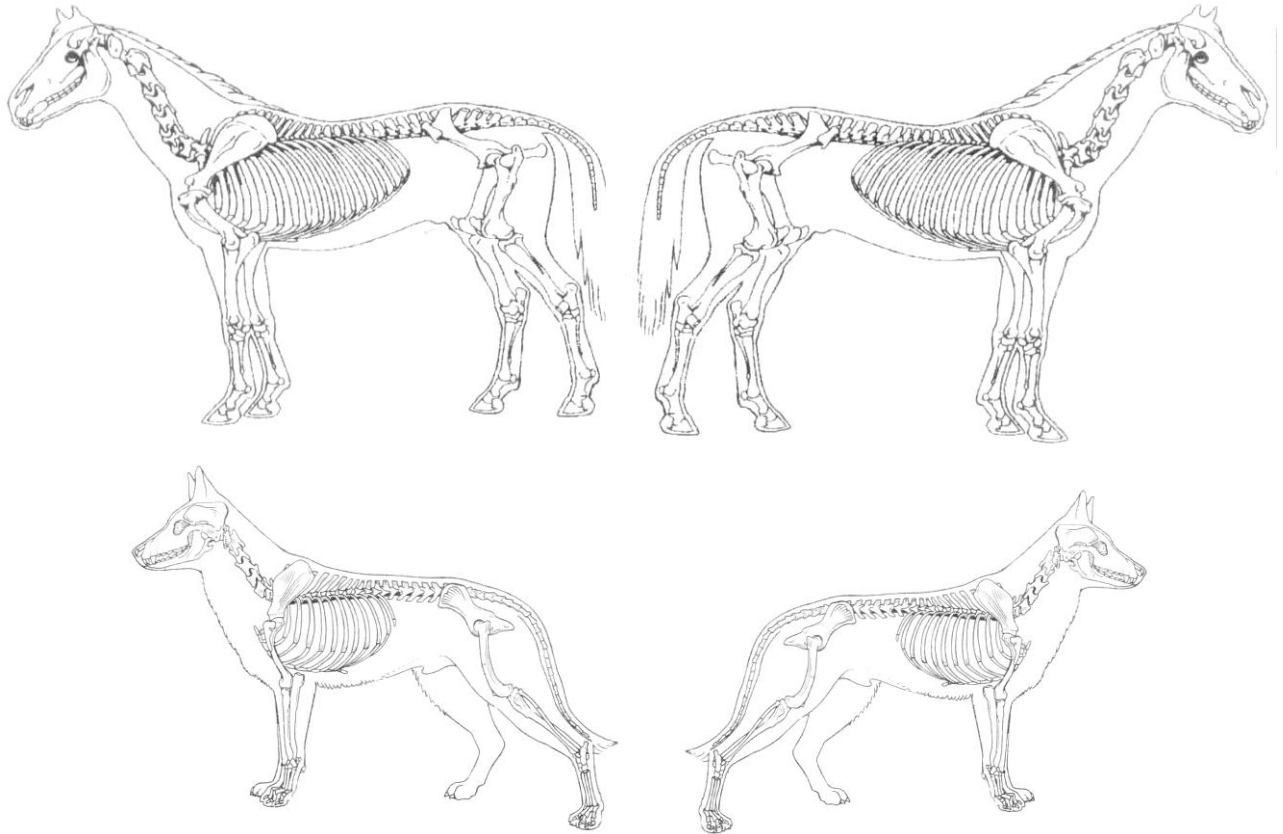
## Befund Inspektion

Stellung.....

## Befund Palpation

Wirbelsäule .....

Muskulatur .....



Gangbild .....

## Wirbelsäulen-Prüfung

Gesamt Flexion .....	A-O-Ü .....	Sakrum .....
Extension .....	HW .....	ISG .....
Gesamt Lat. Flex .....	BW .....	Hüftgelenk .....
	LW .....	
	C-T-Ü .....	

## Extremitäten-Prüfung

<b>Vorhand rechts</b> Protraktion Retraktion Abd. Add.	<b>Vorhand links</b> Protraktion Retraktion Abd. Add.	<b>Hinterhand rechts</b> Protraktion Retraktion Abd. Add.	<b>Hinterhand links</b> Protraktion Retraktion Abd. Add.
<b>Gelenke</b> Flex Ext. Rot.	<b>Gelenke</b> Flex Ext. Rot.	<b>Gelenke</b> Flex Ext. Rot.	<b>Gelenke</b> Flex Ext. Rot.

## Kraniosakraler Befund

Läsion der Sphenobasilären Synchondrose

Flex  Ext.  Sidebending  Torsion  Vertikalstrain  Kompression

Suturen .....

Diaphragmen .....

Sonstiges .....

.....

# Therapie

## Homöopathische Mittel / Blütenessenzen / Schüsslersalze

- Homöopathie
- Nosoden
- Blütenessenzen
- Schüsslersalze
- .....

Mittel .....

Potenz .....

Häufigkeit /Dauer der Mittelgabe

## Meridian - Therapie

### Art der Therapie

- Akupunktur
- Akupunktmassage
- Farb-/Laserpunktur
- Akupressur
- .....
- .....

**Erläuterung: (welche Meridiane/Punkte/Organe wurden tonisiert / sediert?)**

## Sonstige energetische Therapie

### Art der Therapie

- Magnetfeld-Therapie
- Radionik
- Bioresonanz-Therapie
- .....
- .....
- .....

**Erläuterung**

## Kraniosakrale Therapie, energetische Osteopathie

### Art der Therapie

**Erläuterung**

## sonstiges

### Art der Therapie

**Erläuterung**

**Behandlungsverlauf** (nur ausfüllen, wenn mehrere Behandlungen durchgeführt wurden)

<b>Befund der zweiten Untersuchung/Begutachtung</b>	<b>Bericht des Besitzers</b>
Datum	
Therapie	

<b>Befund der dritten Untersuchung/Begutachtung</b>	<b>Bericht des Besitzers</b>
Datum	
Therapie	

<b>Befund weiterer Untersuchungen</b>	<b>Bericht des Besitzers</b>
Datum	
Therapie	

**Schlussbericht**

Datum .....

--

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben. Der Tierbesitzer ist damit einverstanden, dass die Tierdaten weitergegeben werden und gibt ggf. Auskunft über die Behandlung.

Datum ..... Unterschrift .....

