



Trainingsplan auf Wunsch des Tierarztes



für: (Patientenname)

von: (Tierbesitzer – Name u. Anschrift)

Grund für das Training:

Trainingsmöglichkeiten: (bitte ankreuzen)

- | | |
|--|-------------------|
| <input type="checkbox"/> Unterwasserlaufband | <i>Bemerkung:</i> |
| <input type="checkbox"/> Passive Bewegungsübungen | <i>Bemerkung:</i> |
| <input type="checkbox"/> Aktive Bewegungsübungen | <i>Bemerkung:</i> |
| <input type="checkbox"/> TENS | <i>Bemerkung:</i> |
| <input type="checkbox"/> Kälte / Wärmepackungen | <i>Bemerkung:</i> |
| <input type="checkbox"/> Repuls Tiefenstrahler (kaltes gepulstes Rotlicht) | <i>Bemerkung:</i> |
| <input type="checkbox"/> Tapen | <i>Bemerkung:</i> |
| <input type="checkbox"/> Novafon (Schallwellengerät) | <i>Bemerkung:</i> |
| <input type="checkbox"/> Massage | <i>Bemerkung:</i> |
| <input type="checkbox"/> Narbenmobilisation | <i>Bemerkung:</i> |
| <input type="checkbox"/> Manuelle Lymphdrainage | <i>Bemerkung:</i> |

Mit diesem Trainingsplan bekommt das Team von
Fit auf 4 Pfoten – spezielles Tierbewegungstraining u. Massage
(in der Tierklinik Thalerhof)

Eduard Ast-Straße 13, 8073 Feldkirchen

Tel: 0664 / 217 9323 Email: office@fitauf4pfoten.at

den Auftrag diesen gemeinsam mit dem Tierbesitzer an dem angegebenen
Tier durchzuführen.

Datum:

Stempel / Unterschrift

Tierarzt: