



**PHYSIO-RIDING Datenblatt Erstbesuch** Datum:.....

|  |   |  |
|--|---|--|
| <b>Besitzer /Reiter:</b><br>Name, Anschrift, Telefon, Email usw. | <b>Pferd</b><br>Name, Alter, Stallanschrift |  |
|  |   |  |

|                                       |   |                          |
|---------------------------------------|---|--------------------------|
| Vergangenheit /Ausbildung und Nutzung | Vergangenheit /Krankheiten und Probleme | sonstige wichtige Fakten |
|                                       |   |                          |



# PHYSIO-RIDING Befundbogen Tastanalyse

Datum:.....

|                   |       |  |
|-------------------|-------|--|
| Besitzer /Reiter: | Pferd |  |
|                   |       |  |

| Körperbereich /Muskel | <i>linke Pferdeseite</i> |           |           |            | <i>rechte Pferdeseite</i> |           |           |            | sonstiges für diesen Bereich |
|-----------------------|--------------------------|-----------|-----------|------------|---------------------------|-----------|-----------|------------|------------------------------|
|                       | zu wenig trainiert       | verspannt | Stresspkt | atrophiert | zu wenig trainiert        | verspannt | Stresspkt | atrophiert |                              |
|                       |                          |           |           |            |                           |           |           |            |                              |
|                       |                          |           |           |            |                           |           |           |            |                              |
|                       |                          |           |           |            |                           |           |           |            |                              |
|                       |                          |           |           |            |                           |           |           |            |                              |
|                       |                          |           |           |            |                           |           |           |            |                              |
|                       |                          |           |           |            |                           |           |           |            |                              |
|                       |                          |           |           |            |                           |           |           |            |                              |
|                       |                          |           |           |            |                           |           |           |            |                              |
|                       |                          |           |           |            |                           |           |           |            |                              |
|                       |                          |           |           |            |                           |           |           |            |                              |
|                       |                          |           |           |            |                           |           |           |            |                              |
|                       |                          |           |           |            |                           |           |           |            |                              |
|                       |                          |           |           |            |                           |           |           |            |                              |
|                       |                          |           |           |            |                           |           |           |            |                              |
|                       |                          |           |           |            |                           |           |           |            |                              |
|                       |                          |           |           |            |                           |           |           |            |                              |
|                       |                          |           |           |            |                           |           |           |            |                              |
|                       |                          |           |           |            |                           |           |           |            |                              |



**PHYSIO-RIDING Befundbogen Bewegungsanalyse /Videoanalyse Datum:.....**

|  |   |  |
|--|---|--|
| <b>Besitzer /Reiter:</b><br>Name, Anschrift, Telefon, Email usw. | <b>Pferd</b><br>Name, Alter, Stallanschrift |  |
|  |   |  |

| Gezeigt | Auffälligkeiten | Schlussfolgerungen |
|---------|-----------------|--------------------|
|         |                 |                    |

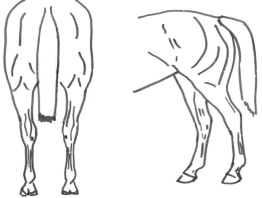
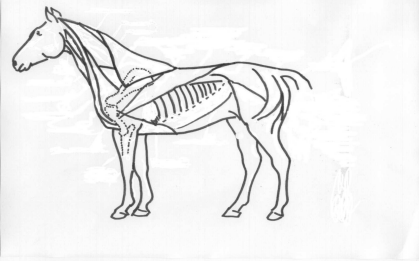
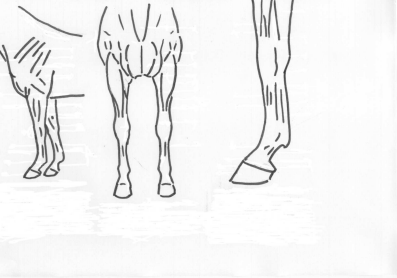
Bemerkungen:

**PHYSIO-RIDING Merkblatt Reiter** Datum:.....

|  |   |  |
|--|---|--|
| <b>Besitzer /Reiter:</b><br>Name, Anschrift, Telefon, Email usw. | <b>Pferd</b><br>Name, Alter, Stallanschrift |  |
|  |   |  |

Analyse - Ergebnisse / Zielsetzungen:

Trainingsanleitungen / tierphysiotherapeutische Massnahmen:

|  |   |   |  |
|--|---|---|--|
|  |  |  | <p>Nächster Termin:<br/>.....</p> <p>Bitte ankreuzen:</p> <p>Einzeltermin.....</p> <p>10er Karte Besuch Nr.:</p> <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> |
|--|---|---|--|