

## Tierärztliche Einverständniserklärung für die Behandlung mit *Canine Bowen Technique*

### Personenangaben

Name/Vorname: .....  
Strasse: .....  
PLZ / Wohnort: .....  
Telefon: .....  
E-mail: .....

### Angaben zum Tier:

Name / Rasse: .....  
Geburtsdatum: .....  
Geschlecht:  weiblich  männlich aktuelles Gewicht: ..... kg

*Canine Bowen Technique* ist eine sanfte, nicht invasive Form der Körperarbeit. Die Behandlung zielt darauf ab, den Hund wieder ins Gleichgewicht zu bringen und ihn darin zu unterstützen, eine für ihn optimale Gesundheit zu erreichen.

Wir legen Wert darauf, dass die *Canine Bowen Technique* als ergänzende Therapieform angewendet wird, d.h. in Verbindung mit und nicht als Ersatz tierärztliche Behandlung. Wir bestehen darauf, dass die Besitzer ihre Hunde gründlich von einem Tierarzt untersuchen lassen, bevor wir mit einer Behandlung beginnen. Unter keinen Umständen verschreiben wir Medikamente oder ändern schon bestehende Therapiepläne.

Die Therapie wird den Hunden nicht aufgezwungen. Die Signale des Hundes und seine Bereitschaft bestimmen die Behandlungsdauer.

Tierarzt

ich habe den folgenden Hund innerhalb der letzten 6 Monate untersucht und stimme einer Behandlung der *Canine Bowen Technique* zu.

Angaben der Tierarztpraxis:            Diagnose / Medikation            Praxisstempel

**Das ausgefüllte Formular zur ersten Behandlung mitbringen oder vorher zusenden.**

Ort, Datum

Unterschrift

