



Liebe Patientenbesitzerin,
lieber Patientenbesitzer,

ich möchte Ihr Tier vorab gerne etwas genauer kennenlernen.

Bitte nehmen Sie sich ein paar Minuten Zeit und füllen Sie den Fragen gewissenhaft und vollständig aus, und bringen Sie ihn zum ersten Termin mit. Gemeinsam gehen wir den Fragebogen durch und besprechen in Ruhe alles Weitere.

Der Fragebogen wird, zusammen mit der orthopädischen Erstuntersuchung helfen, den geeigneten Behandlungsplan für Ihr Tier zu erstellen.

Ihre *Marion Herten*

✓ Angaben zum Tierbesitzer:

Vor- und Zuname: _____
Strasse: _____
Plz, Ort: _____
Telefon: _____
Mobil: _____
E-Mail: _____

Wie viele Personen leben im Haushalt? _____

Gehören noch andere Tiere zum Haushalt? nein ja, welche _____

Gab es in letzter Zeit familiäre oder räumliche Veränderungen? nein ja, welche _____

✓ Angaben zum Tier:

Name: _____

Rasse: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: männlich weiblich
 kastriert sterilisiert
 wann _____ wann _____
 warum _____ warum _____

Farbe: _____

Größe: _____

Gewicht: _____

Besondere Merkmale: _____

Chip- oder Tätowiernummer: _____

Seit wann ist das Tier in Ihrem Besitz? _____

Herkunft: Züchter Tierheim/schutz Privat Ausland, wo: _____

✓ Krankengeschichte des Tieres:

Tierarzt oder Klinik: _____

Strasse: _____

Plz, Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____



Diagnose des behand. Tierarztes: _____

Sind Röntgenbilder vorhanden? nein ja, dann bringen Sie diese bitte zum ersten Termin mit

Hatte das Tier Operationen? nein ja, welche _____

Befindet sich im Körper des Tieres Metall?
(z.b. Schrauben, Platten, Drähte oder Gold) nein ja, welche _____

Sonstige Erkrankungen des Tieres:

Allergien nein ja, welche _____

Tumor nein ja, welche _____

Bluterkrankung nein ja, welche _____

Herz/Kreislaferkrankung nein ja, welche _____

Schilddrüsenerkrankung nein ja, welche _____

Hauterkrankung nein ja, welche _____

Unfall nein ja, welche _____

Narben durch Verletzungen nein ja, welche _____

Diabetes nein ja

Epilepsie nein ja

Scheinträchtigkeit nein ja

Inkontinenz nein ja

übermäßiger Durst nein ja

Atemnot nein ja

Verhalten des Tieres:

ruhig

apathisch

lustlos

ängstlich

aggressiv gegen Artgenossen

aggressiv gegen Menschen

freudig

temperamentvoll

hyperaktiv

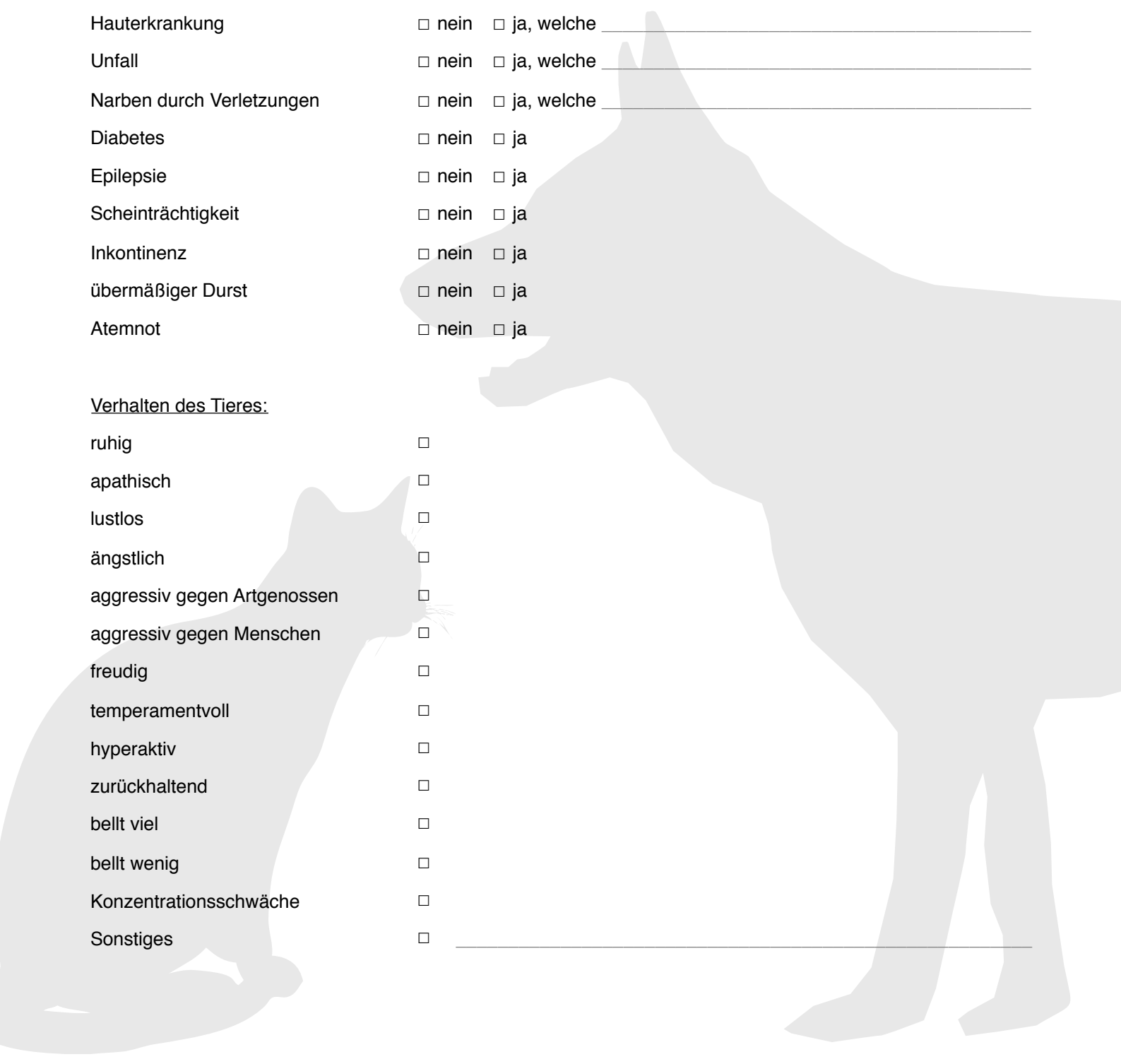
zurückhaltend

bellt viel

bellt wenig

Konzentrationsschwäche

Sonstiges _____



✓ Angaben zu den Lebensumständen des Tieres:

Das Tier lebt als:

- | | |
|---------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Familienhund | <input type="checkbox"/> Diensthund |
| <input type="checkbox"/> Jagdhund | <input type="checkbox"/> Sporthund |

Das Tier lebt im:

- | | |
|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Haus | <input type="checkbox"/> Garten |
| <input type="checkbox"/> Zwinger | <input type="checkbox"/> unterschiedlich |

Wo und wie liegt das Tier am liebsten?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Wohnung / Haus | <input type="checkbox"/> Garten |
| <input type="checkbox"/> kalt | <input type="checkbox"/> warm |
| <input type="checkbox"/> hart (Boden, Fliesen, Holz) | <input type="checkbox"/> weich (Sofa, Kissen, Körbchen) |
| <input type="checkbox"/> eingerollt | <input type="checkbox"/> ausgestreckt |
| <input type="checkbox"/> auf dem Rücken | <input type="checkbox"/> auf der Seite |

Schläft ihr Tier:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> viel | <input type="checkbox"/> wenig |
| <input type="checkbox"/> unruhig (wandert viel) | <input type="checkbox"/> träumt viel |
| <input type="checkbox"/> Morgenmuffel | <input type="checkbox"/> starkes Schnarchen |

Das Tier muss häufig:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Treppensteigen | <input type="checkbox"/> ins Auto springen |
| <input type="checkbox"/> auf glatten Böden laufen | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ |

Gassigang / Auslauf:

- | | |
|-------------------------------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> 1x täglich | Dauer _____ |
| <input type="checkbox"/> 2x täglich | Dauer _____ |
| <input type="checkbox"/> 3x täglich | Dauer _____ |

Hundetraining / Sport / Jagd

- | | |
|--|---------------------|
| <input type="checkbox"/> Jagd | wie oft? _____ |
| <input type="checkbox"/> Rettungshund | wie oft? _____ |
| <input type="checkbox"/> Agility | wie oft? _____ |
| <input type="checkbox"/> Obedience | wie oft? _____ |
| <input type="checkbox"/> Fährtsuche | wie oft? _____ |
| <input type="checkbox"/> Dog-Dance / Frisbee | wie oft? _____ |
| <input type="checkbox"/> Ballspiele | wie oft? _____ |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges | was, wie oft? _____ |

Fütterung:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Trockenfutter _____ | <input type="checkbox"/> Nassfutter _____ |
| <input type="checkbox"/> BARF _____ | <input type="checkbox"/> Gekochtes _____ |

Häufigkeit der Fütterung:

- | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1x täglich | <input type="checkbox"/> 2x täglich | <input type="checkbox"/> 3x täglich |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|

(Sollte ihr Tier unter einer Futterunverträglichkeit leiden, bringen Sie bitte seine gewohnten Leckerchen mit zum Termin!)

✓ Sonstiges:

Auslandsaufenthalte: nein ja, welche _____

Impfungen: nein ja, welche _____

Medikamente und Dosierung: _____

Beschreiben Sie kurz den Tagesablauf des Tieres: _____

Derzeitige Beschwerden (Art, Stärke, Symptome): _____

Die Beschwerden nehmen zu: zu einer bestimmten Tageszeit, wann _____

zu einer bestimmten Jahreszeit, wann _____

nach Belastung wetterabhängig

nach dem Liegen während dem Liegen

läuft sich ein läuft sich nicht ein

Die Beschwerden sind: dauernd vorhanden

wiederkehrend, wann _____

Welche Behandlungen wurden schon versucht? _____

Was möchten Sie mir noch mitteilen? _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

