

Fragebogen



Bitte bringen Sie bei Ihrem Besuch folgendes mit:

- Ärztliche Unterlagen wie Diagnosen, Röntgenbilder etc.
- Falls ihr Hund ängstlich ist, gerne auch seine Decke
- Zur Motivation seine absoluten Lieblings-Leckerlis

Bitte 3 Stunden vor der Termin den Patienten nicht mehr füttern und kurz vor dem Termin noch einmal lösen lassen.

~~~~~

Patientenname: \_\_\_\_\_

Rasse: \_\_\_\_\_

Geboren am: \_\_\_\_\_ in (Land): \_\_\_\_\_

Farbe: \_\_\_\_\_

Geschlecht: männlich  weiblich  kastriert  sterilisiert

Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

Besitzer: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Überweisender Tierarzt: \_\_\_\_\_

Diagnose: \_\_\_\_\_

Datum der Diagnose: \_\_\_\_\_ Sind Röntgenbilder vorhanden? ja  nein

Falls ja, welche? \_\_\_\_\_

Medikamente und Dosierung: \_\_\_\_\_

Homöopathie und Dosierung: \_\_\_\_\_

Verhalten bei Spritzen? \_\_\_\_\_

Tierärztlicher Therapieablauf: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Aktuelle Beschwerden:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Bisherige Erkrankungen:**

Erkrankungen am Bewegungsapparat: ja  nein

Falls ja, welche: \_\_\_\_\_

Operationen: ja  nein  Gelenkersatz: ja  nein

Falls ja, welche?: \_\_\_\_\_

Neurologische Erkrankungen: ja  nein

Falls ja, welche: \_\_\_\_\_

Diabetes: ja  nein

Epilepsie: ja  nein

Schilddrüsendysfunktion: ja  nein

Herz/Kreislauf: ja  nein

Tumore: ja  nein

Falls ja, wo? \_\_\_\_\_

Allergien: ja  nein

Falls ja, welche? \_\_\_\_\_

Gebärmutter- /Eierstock- /Prostata-Problem: ja  nein

Falls ja, welche? \_\_\_\_\_

**Weitere Informationen:**

Verhalten: ruhig  ängstlich  apathisch  aggressiv  lustlos  freudig   
temperamentvoll  zurückhaltend  hyperaktiv  faul   
verunsichert  verspielt

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Konzentrationschwäche: ja  nein   
Häufig müde: ja  nein   
Schlafstörungen: ja  nein   
Blähungen: ja  nein   
Verstopfung: ja  nein   
Inkontinenz: ja  nein   
Übermäßiger Durst: ja  nein   
Husten: ja  nein   
Atemnot: ja  nein   
Anlaufschwäche ja  nein

Kälte/Wärmeempfinden: \_\_\_\_\_

Lebensbedingungen des Hundes: Familienhund  Zwingerhaltung  Therapiehund   
Wachhund  Jagdhund  Diensthund

Hundesport: ja  nein

Falls ja, welcher? \_\_\_\_\_

Wie oft und wie lange tgl. Auslauf?: \_\_\_\_\_

An der Leine oder im Freilauf? \_\_\_\_\_

Tagesablauf: \_\_\_\_\_

Ernährung: trocken  nass  roh  selbst gekocht

Diät: ja  nein

Fertigfutter-Marke: \_\_\_\_\_

Auslandsaufenthalte: ja  nein

Falls ja, wo? \_\_\_\_\_