

FRAGEBOGEN

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen aus und bringen Sie mir diesen zum ersten Termin mit.
Gemeinsam gehen wir den Fragebogen durch und besprechen alles weitere.
Der Fragebogen hilft, um für Ihren Hund einen geeigneten Behandlungsplan zu erstellen.

■ Angaben zum Hund

Name: _____

Rasse: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: o männlich o weiblich
 o kastriert o sterilisiert Wann? _____

Farbe: _____

Größe: _____

Gewicht: _____

Besondere Kennzeichen: _____

Chip- oder Tätowienummer: _____

Seit wann ist der Hund in Ihrem Besitz: _____

Herkunft: o Züchter o Tierheim o Privat
 o Ausland, Wo?: _____

■ Angaben zum Hundebesitzer

Vor- und Nachname: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

Mobil: _____

E-Mail: _____

■ Allgemeine Angaben zum Hund

Lebensbedingungen:

- Familienhund Diensthund
 Jagdhund Sporthund

Er lebt im:

- Haus Garten Zwinger

Wo und wie liegt der Hund am liebsten?:

- Wohnung/Haus Garten
 kalt warm hart weich

Verhalten des Hundes:

- ruhig ängstlich
 apathisch aggressiv
 lustlos freudig
 temperamentvoll zurückhaltend
 aufgedreht sonstiges

Wie oft und wie lange gehen sie täglich Gassi:

Hundesport:

- nein ja
Wenn ja, was und wie oft in der Woche?:
-

Fütterung:

- Trockenfutter Nassfutter
 BARF Gekochtes
 Diät Leckerlis

Welche Futtermarke verwenden Sie ?:

(Sollte ihr Hund aufgrund einer Erkrankung bzw. Unverträglichkeit besondere Leckerlis benötigen, bringen Sie diese bitte zur Behandlung mit!)

Tagesablauf:

■ Krankengeschichte des Hundes:

Tierarzt:

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Tierklinik:

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Diagnose: _____

Röntgenbilder: o nein o ja

Operationen: o nein o ja
Wenn ja, welche? _____

Befindet sich im Körper Ihres Hundes Metall (z.B. Schrauben, Platten, Drähte, Goldimplantation)?
o nein o ja
Wenn ja, wo und was? _____

Sonstige Erkrankungen des Hundes:

o Allergien	o Herz-/Kreislaufkrankungen
o Diabetes	o Epilepsie
o Tumor	o Schilddrüsenerkrankung
o Inkontinenz	o Hauterkrankung
o Sonstiges:	_____

Hat ihr Hund oder haben Sie einen Herzschrittmacher/Defibrillator?:
o nein o ja

Auslandsaufenthalt:

nein

ja

Wenn ja, wo? _____

Impfungen: _____

Medikamente und Dosierung: _____

Homöopathie und Dosierung: _____

Tierärztlicher Therapieablauf: _____

Derzeitige Beschwerden: _____

Die Beschwerden nehmen zu:

nach Belastung

wetterabhängig

nach dem Liegen

während dem Liegen

Sonstige Anmerkungen: _____

VIELEN DANK!