

# Fragebogen



## Angaben zum Hund

Name \_\_\_\_\_

Rasse \_\_\_\_\_

Geschlecht  weiblich  männlich  kastriert, wann? \_\_\_\_\_

Farbe \_\_\_\_\_ Größe \_\_\_\_\_ Gewicht \_\_\_\_\_

Geboren am \_\_\_\_\_

Seit wann in Besitz \_\_\_\_\_

Herkunft  Züchter  privat  Tierheim  Ausland \_\_\_\_\_

Tätowierungsnr. / Chip Nr. \_\_\_\_\_

Besondere Kennzeichen \_\_\_\_\_

## Angaben zum Hundehalter

Name \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

## Angaben zur tierärztlichen Behandlung / Krankengeschichte

Tierarzt:

Name \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Tierklinik:

Name \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

**Diagnose:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Tierärztlicher Therapieablauf:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Röntgenbilder**  nein  ja

**Operationen**  nein  ja, welche?

---

**Metall im Körper** (Schrauben, Platten, Goldimplantat...)

- nein  
 ja, wo?
- 

**Sonstige Erkrankungen**

- |   |                                      |  |
|---|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Epilepsie        | <input type="checkbox"/> Allergien   | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenüber- / unterfunktion |
| <input type="checkbox"/> Hauterkrankungen | <input type="checkbox"/> Tumor       | <input type="checkbox"/> Herz- / Kreislauf                 |
| <input type="checkbox"/> Diabetes         | <input type="checkbox"/> Inkontinenz | <input type="checkbox"/> sonstige Erkrankungen             |

**Trägt Ihr Hund oder tragen Sie einen Herzschrittmacher?**  nein  ja

**War Ihr Hund im Ausland?**  nein  ja, wo?

---

**Impfungen**

---

**Medikamente + Dosierung**

---

---

---

**Homöopathische Behandlung + Dosierung**

---

---

**Aktuelle Beschwerden**

---

---

---

---

**Wann werden die Beschwerden schlimmer?**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> nach Belastung  | <input type="checkbox"/> während dem Liegen |
| <input type="checkbox"/> Anlaufschmerzen | <input type="checkbox"/> witterungsbedingt  |

**Weitere Angaben**

**Haltung**

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

**Bevorzugter Liegeplatz**  Wohnung  Garten  Sonstiges

**Hund liegt lieber**  warm  kalt  weich  hart

**Bewegung / Gassi**

- einmal täglich       zweimal täglich       dreimal täglich

Dauer gesamt ca. \_\_\_\_\_

**Hundesport**

- Agility       Sonstiges

Wie oft pro Woche? \_\_\_\_\_

**Tagesablauf**

---

---

---

---

---

**Verhalten**

- apathisch       lustlos       ängstlich  
 aufmerksam       freudig       temperamentvoll
- vorsichtig       hyperaktiv  
 aggressiv       sonstiges

**Fütterung**

Marke: \_\_\_\_\_

- Nassfutter       Trockenfutter       BARF  
 Leckerlies       Diät

Sollte Ihr Hund spezielles Futter benötigen, bitte zur Behandlung Leckerlies davon mitbringen

**Sonstige Anmerkungen**

---

---

---

---

---

---

Hiermit genehmige ich Frau Liebl, die Behandlung meines Hundes durchzuführen.

Ort, Datum

Unterschrift

---

---