

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
