



Besitzername: Herr / Frau

Name des Tieres: _____ **Alter:** _____

Rasse: _____ **Geschlecht:** männlich weiblich
 kastriert

Herkunft des Tieres:

Züchter Privat Tierschutz
 Tierheim Ausland: _____

bei Katzen:

Wohnungskatze Wohnung mit Balkon / Garten Freigang
getestet auf: FeLV FIV FIP _____

bei unkastrierten Hündinnen: regelmäßig läufig? nein ja

War ihr Tier schonmal im Ausland? nein ja, in _____

Leben weitere Tiere im Haushalt? nein ja, und zwar _____

Leiden diese an selbigen Symptomen? nein ja

Wurde Ihr Tier geimpft? nein ja, am _____

Wurde Ihr Tier entwurmt? nein ja, am _____

**Wurde Ihr Tier auf
Reisekrankheiten getestet?** nein ja, am _____

Was frisst Ihr Tier? nass trocken BARF selbst gekocht

Marke: _____

Leckerli: _____

sonstiges: _____

Wird ihr Tier gebadet? Nein Ja, mit _____



Vorerkrankungen: _____

Medikamente: _____

Allergien: _____

Allgemeinzustand:	normal	verändert		N/A
Allgemeinbefinden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	<input type="radio"/>
Futteraufnahme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	<input type="radio"/>
Gewicht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	<input type="radio"/>
Kotabsatzfrequenz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	<input type="radio"/>
Kotqualität	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	<input type="radio"/>
Wasseraufnahme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	<input type="radio"/>
Urinabsatz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	<input type="radio"/>
Verhalten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	<input type="radio"/>
Kondition	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	<input type="radio"/>

Husten Niesen Augenausfluss Analdrüsenprobleme

Gras / Erde fressen Schmatzen Blähungen

Vorstellungsgrund: _____

seit wann? _____

Symptome	schwach	mittel	stark	N/A
Juckreiz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haarverlust	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hautgeruch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schuppen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Krusten Pickel wunde Stellen spröde Krallen
 Haut: fettig trocken Rötungen

sonstiges: _____

Kratzt oder juckt sich Ihr Tier? Leckt es vermehrt an Körperstellen? ja nein

wenn ja, an welchen Körperstellen? _____

Ist das Hautproblem / der Juckreiz zu bestimmten Zeiten schlimmer? ja nein

wann? Frühjahr Sommer Herbst Winter

morgens abends ständig sporadisch

wo? im Haus draußen

In welchem Alter begann das Problem erstmals? _____

War das Problem schon einmal komplett weg? ja nein

Bisherige Behandlungen/Prophylaxe

Mit welchen Medikamenten wurde Ihr Tier bisher behandelt?

		welches?	Erfolg?
Antibiotika	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	_____	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
Cortison	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	_____	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
Salben	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	_____	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
Shampoo	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	_____	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
anderes	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	_____	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja

Weitere Bemerkungen, die Ihnen wichtig erscheinen?

