

Herzlich Willkommen in unserer Praxis

Um einen reibungslosen Behandlungsablauf zu gewährleisten, bitten wir Sie um einige Angaben.

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen.

Tierhalter

Patient

Allgemeine Angaben

Grund des Besuchs

Futter

Nassfutter

Trockenfutter

selbstgekocht

B.A.R.F (Rohfutter)

Wird Nassfutter und Trockenfutter in einer Mahlzeit verabreicht

Ja

Nein

Futter vom Tisch

Ja

Nein

Intervall (Futter)

1x täglich

2x täglich

3x täglich

öfter

Hungertag

1x wöchentlich

1x monatlich

nie

Wasseraufnahme

Wie viel trinkt der Hund am Tag circa

Haltung

Wohnung

Garten/Hof

Zwinger

Gassi

kurze Wege

ausgiebige Gänge

selten

nie

Intervall (Gassi)

1x täglich

2x täglich

3x täglich

4x täglich

Nutzung

Familie

Sport

Agility

Polizei

Rettung

Sonstiges

Intervall (Training)	<input type="checkbox"/>	1 x wöchentlich	<input type="checkbox"/>	2 x wöchentlich
	<input type="checkbox"/>	3 x wöchentlich	<input type="checkbox"/>	öfter
Halsband	<input type="checkbox"/>	Nylon	<input type="checkbox"/>	Leder
	<input type="checkbox"/>	Zughalsband	<input type="checkbox"/>	Halti
	<input type="checkbox"/>	Stachelhalsband	<input type="checkbox"/>	Geschirr
	<input type="checkbox"/>	Sonstiges	<input type="text"/>	
Verhalten Gassigehen	<input type="checkbox"/>	zieht an der Leine	<input type="checkbox"/>	rennt & spielt
	<input type="checkbox"/>	trottet hinterher		
	<input type="checkbox"/>	Sonstiges	<input type="text"/>	
Zwangshandlungen	<input type="checkbox"/>	Kreiseln	<input type="checkbox"/>	Schwanzfangen
	<input type="checkbox"/>	Pfotenlecken	<input type="checkbox"/>	Fell aufbeißen
	<input type="checkbox"/>	am Zaun entlang rennen		
	<input type="checkbox"/>	Sonstiges	<input type="text"/>	
Psyche	<input type="checkbox"/>	ausgeglichen	<input type="checkbox"/>	ängstlich
	<input type="checkbox"/>	Angstbeißer	<input type="checkbox"/>	aggressiv
	<input type="checkbox"/>	Sonstiges	<input type="text"/>	
Rang im Rudel	<input type="text"/>			
Änderungen Haushalt	<input type="checkbox"/>	Umzug	<input type="checkbox"/>	neues Familienmitglied
	<input type="checkbox"/>	neues Haustier	<input type="checkbox"/>	Tod eines Familienmitglieds
	<input type="checkbox"/>	Tod eines Haustieres	wann	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/>	andere Tiere im Haushalt	<input type="text"/>	

Allgemeine Angaben zum Gesundheitszustand

Tierarzt	<input type="text"/>		
Impfungen	<input type="text"/>	letzte	<input type="text"/>
Wurmkur	<input type="text"/>	letzte	<input type="text"/>
Antiparasitika	<input type="text"/>	letzte	<input type="text"/>
Blutprobe	<input type="text"/>	letzte	<input type="text"/>
Vorerkrankungen	<input type="text"/>		

Auslandsaufenthalte	<input type="text"/>	wann	<input type="text"/>
Unfall	<input type="text"/>	Klinik	<input type="text"/>
Operation	<input type="text"/>	Röntgen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Was wurde geröntgt	<input type="text"/>		
Hund bevorzugt	<input type="checkbox"/> Wärme <input type="checkbox"/> Kälte		
erbricht er / sie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	wie oft	<input type="text"/>
hat er / sie Durchfall	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Kotkonsistenz	<input type="text"/>	Absatzhäufigkeit	<input type="text"/>
Hechelt er / sie schnell bei Belastung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Hustet er / sie bei Belastung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Appetit	<input type="checkbox"/> vermindert <input type="checkbox"/> vermehrt		
	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> keinen		
Liegehaltung	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts		
	<input type="checkbox"/> zufällig		
Liegedruckstellen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wo	<input type="text"/>
Wurden Vorsorge- oder Zuchtuntersuchungen durchgeführt			
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Welche <input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> HD-Grad (r/l)	<input type="checkbox"/> OCD-Grad		
<input type="checkbox"/> ED-Grad (r/l)			
<input type="checkbox"/> Sonstige	<input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> Augen	<input type="text"/>		
Kastration	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wann	<input type="text"/>
Hoden Auffälligkeit	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Scheinträchtigkeit	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Läufigkeitsintervall regelmäßig	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Letzte Läufigkeit wann	<input type="text"/>

Vielen Dank