

Ich bitte Sie, alle Untersuchungsunterlagen, die Sie bereits haben mir per Mail zukommen zu lassen. Falls Sie diese nicht haben, fragen Sie bei Ihrem Haustierarzt oder der zuständigen Praxis nach.

Persönliche Angaben des Tierbesitzers

Vorname: _____ Nachname: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

PLZ/Ort: _____ Straße/ Haus-Nr. _____

Email: _____

Information zum Tier

Name: _____

Geschlecht: männlich ☐ weiblich ☐ kastriert ☐ sterilisiert ☐ wann: _____

Geburtstag: _____ Alter: _____

Gewicht: kg Gewicht verloren: _____

Rasse: _____ Chip: _____

Besonderheiten / Hinweise: _____

Impfungen vorhanden: Ja ☐ Nein ☐ warum: _____

Impfauffälligkeiten: _____

Verhaltensbesonderheiten zu Hause:

ängstlich ☐ aggressiv ☐ freundlich ☐ misstrauisch ☐

Vorlieben / Abneigung: _____

Verhaltens- / Auffälligkeiten / Angewohnheiten:

Vorgeschichte soweit bekannt

Züchter ☐ Privat ☐ Tierschutz ☐ Andere: _____

Seit wann ist das Tier bei Ihne: _____

Vorerkrankungen

(stichpunkte): _____

Befunde

Tierarzt/Tierärztin: _____

Qualzuchtanomalien: _____

Anomalien: Gebiss ☐ Knöchern ☐ Organe ☐ Bewegungsapparat ☐

Welche/Sonstige: _____

Regelmäßige Medikamente:

Sozialverhalten(einkreisen):

Artgenossen: sozial unterwürfig/ängstlich dominant aggressiv

Menschen: freundlich neugierig / interessiert ängstlich aggressiv

Sonstiges: _____

Charakterbeschreibung Ihres Tiers

Lebhaft ☐ neugierig / interessiert ☐ dominant ☐ aggressiv ☐ unterwürfig ☐

Sonstiges: _____

Wie lebt Ihr Tier bei Ihnen

Einzeltier ☐ Rudel ☐ Anzahl der Tiere: _____

Haltung:

Einzelhaltung ☐ Paarhaltung ☐ größere Gruppe ☐ Zuchttier ☐

Außenhaltung ☐ Garten / Freifläche ☐ Auslauf ☐ Stallhaltung ☐

Innenhaltung ☐ freie Wohnungshaltung ☐ Gehege Haltung ☐ Käfig ☐

Auslauf begrenzt ☐ Auslauf unbegrenzt ☐

Sonstiges: _____

Vorerkrankungen / Symptome & Krankheitsentwicklung

Bestehende Vorerkrankungen: Ja ☐ Nein ☐ welche? _____

Werden Medikamente gegeben: Ja ☐ Nein ☐

welche? _____

Gab es Operationen: Ja ☐ Nein ☐ welche? _____

Gibt es eine Tierärztliche Verdachtsdiagnose oder Diagnose? Ja ☐ Nein ☐

welche? _____

Wann traten die Beschwerden auf? _____

Wie äußert sich dies ? und welche Symptome fallen auf?

Welcher Bereich ist betroffen:

Gab es eine Ursache? Trauma ☐ Nein ☐ Ja ☐

welche: _____

Zeigt das Tier Schmerzen: Ja ☐ Nein ☐ Manchmal ☐

Wie wurde bereits

Behandelt: _____

Ernährung

Zutreffende ankreuzen:

Heu ☐ Gemüse / Obst ☐ Fertigfutter ☐ Mix Fertigfutter / Frischfutter

Osonstiges: _____

Obst/Gemüse: _____ Öle/Zusätze: _____

Leckerlies: _____

Ergänzungsfuttermittel: _____

Futtername: _____

Mahlzeiten pro Tag (24h):

morgens ☐ mittags ☐ abends ☐ Uhrzeiten: _____

Fütterungsmenge (24h): _____

Wie würden Sie das Fressverhalten Ihres Tiers beschreiben:

Trinkverhalten:

gut ☐ schlecht ☐ wenig ☐ _____ml /pro Tag

Fressverhalten / Appetit:

gut ☐ mäkelig ☐ schlecht ☐ unterschiedlich ☐

Besonderheiten:

Probleme beim Fressen:

Ausscheidung

Vermehrter Absatz:	Kot ☐	Urin ☐
Verminderter Absatz:	Kot ☐	Urin ☐
Farbveränderung:	Kot ☐	Urin ☐
Geruchsveränderung	Kot ☐	Urin ☐
Inkontinenz	Kot ☐	Urin ☐
Harnverhalt/Kotverhalt	Kot ☐	Urin ☐
Durchfall	Ja ☐	Nein ☐

Allgemeine Gesundheitsangaben

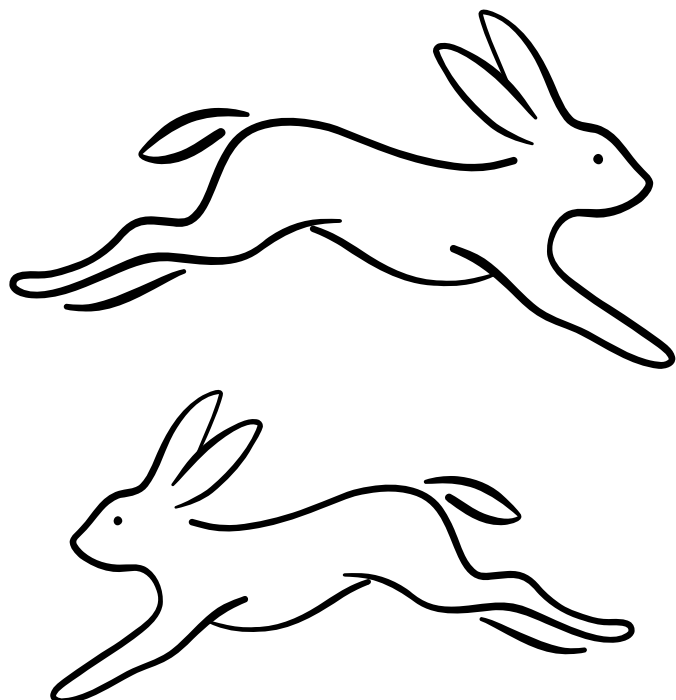
Kopfbereich & Atmungsorgane:

Bestehen Probleme mit den Zähnen ?	Ja ☐	Nein ☐
Gibt es Auffälligkeiten bei Augen oder Nase ?	Ja ☐	Nein ☐
Zeigt das Tier Schnupfen ? Niesen ?	Ja ☐	Nein ☐
Ist die Atmung auffällig oder eingeschränkt ?	Ja ☐	Nein ☐
Sind die Ohren auffällig / in unnormaler Haltung ?	Ja ☐	Nein ☐

Bewegungsapparat:

Zeigt das Tier Probleme in der Körperhaltung ?	Ja ☐	Nein ☐
Gibt es Auffälligkeiten beim Sitzen / Hoppeln ?	Ja ☐	Nein ☐
Zeigt es eine eingeschränkte Beweglichkeit ?	Ja ☐	Nein ☐
Werden bestimmte Bewegungen vermieden ?	Ja ☐	Nein ☐
Dreht sich das Tier im Kreis ?	Ja ☐	Nein ☐
Ist das Tier gestürzt oder heruntergefallen ?	Ja ☐	Nein ☐

Wo hat das Tier Schmerzen: (bitte einkreisen)



Futter und Verdauung:

Ist das Futterverhalten anders als sonst ?	Ja ☐	Nein ☐
Ist das Tier am Futter desinteressiert ?	Ja ☐	Nein ☐
Trinkt / frisst es vermehrt oder weniger ?	Ja ☐	Nein ☐
Hat es etwas Giftiges gefressen ?	Ja ☐	Nein ☐
Besteht Durchfall ? Seit wann ?	Ja ☐	Nein ☐
Wurde das Tier gegen Parasiten behandelt?	Ja ☐	Nein ☐
Ist der Kotabsatz auffällig ?	Ja ☐	Nein ☐
Ist der Urinabsatz auffällig ?	Ja ☐	Nein ☐

Haut & Fell:

Gibt es Verletzungen oder Wunden ?	Ja ☐	Nein ☐
Ist das Fell matt, stumpf, glanzlos ?	Ja ☐	Nein ☐
Gibt es Veränderungen an den Pfötchen ?	Ja ☐	Nein ☐
Gibt es Auffälligkeiten an den Krallen ?	Ja ☐	Nein ☐
Ist die Genitalregion auffällig oder unsauber ?	Ja ☐	Nein ☐

Kratzt sich das Tier verstärkt ? Wo ? ☐ Ja ☐ Nein ☐

Verhalten: _____

Verhält sich das Tier anders ? ☐ Ja ☐ Nein ☐

Ist es auffallend ruhiger oder apathisch ? ☐ Ja ☐ Nein ☐

Knirscht es mit den Zähnen ? ☐ Ja ☐ Nein ☐

Weitere Symptome:

Auffälligkeiten: _____

Parasitenbefall ☐ Ja ☐ Nein ☐

Wurmbefall ☐ Ja ☐ Nein ☐

Wurmkur: wann: _____

Name der Wurmkur: _____

Wie oft wird allg. entwurmt im Jahr: ☐ 1x ☐ 2x ☐ 3x ☐ 4x ☐

Kotuntersuchung: ☐ Ja ☐ Nein ☐

Ergebnis: _____

Haut & Fell

Beginn des aktuellen Hautproblems:

Frühere Hautprobleme (auch Ohren):

Besteht Juckreiz: Ja ☐ Nein ☐ wo: _____

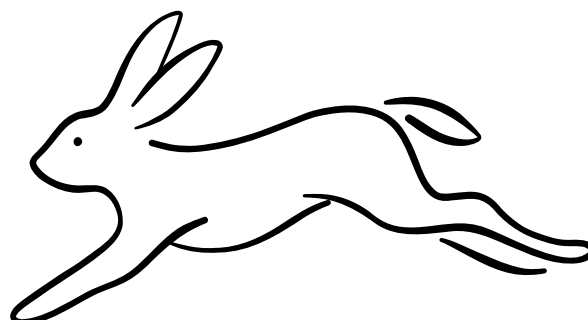
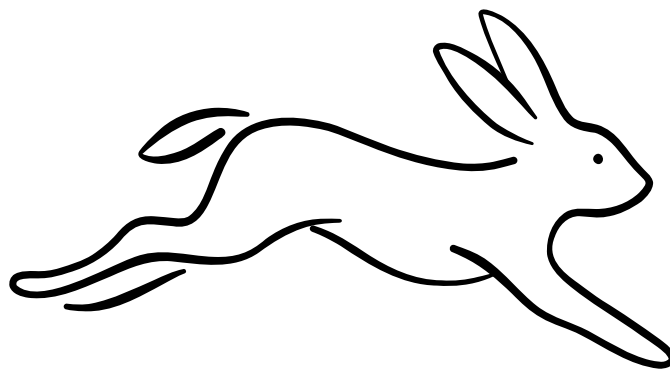
Intensität des Juckreizes: leicht ☐ mittel ☐ stark ☐ sehr stark ☐

Pfoten schlecken: Ja ☐ Nein ☐ manchmal ☐

Vermehrte Kratzen: Ja ☐ Nein ☐ manchmal ☐

Blutuntersuchung: Ja ☐ Nein ☐ Ergebnis: _____

Wo besteht der Juckreiz oder Schmerz:



Anamnesebogen Hund/ Katze Tierheilpraxis
HuKaHu – Anja Plattner

Was wurde zuerst beobachtet: Hautveränderung ☐ Juckreiz ☐

Aussehen der Hautveränderung:

Schuppen ☐ Rötung ☐ Krusten ☐ Haarverlust ☐ Pickel ☐
Wunden ☐ Kratzer ☐ Hautverfärbungen ☐

Sind Juckreiz / Hautauffälligkeiten Jahreszeitabhängig:

Ja ☐ Nein ☐ Frühling ☐ Sommer ☐ Herbst ☐ Winter ☐

Wurde eine **Besserung** ☐ oder **Verschlechterung** ☐ beobachtet?

Vorbehandlung:

Antibiotika ☐ Antimykotika (Pilzmittel) ☐ Cortison ☐ Antiparasitika ☐

Sonstiges (Shampoo, Salben, Sprays) ☐

Präparat / Zeitraum / wie lange / Dosierung / Besserung:

Weitere Diagnostik (Hautgeschabsel, Bluttest, Biopsien, Abstriche) durchgeführt?

Was wurde dabei diagnostiziert? _____

Sind weitere Tiere betroffen? Ja ☐ Nein ☐ welche: _____

Schlafplatz der Tiere: _____

Veränderungen im Haushalt (Waschmittel, Reinigungsmittel,
Anschaffungen(Schlafplätze, Teppich etc.):

Welche Futter und Getränkeschalen benützt Ihr Tier?

Edelstahl ☐ Kunststoff ☐ Porzellan ☐ Melamin ☐ Gummi ☐

Futtermittel verändert: Ja ☐ Nein ☐

Bei Wurfgeschwister / Muttertier etwas

bekannt: _____