



# Fragebogen

## Wichtig!

**Bitte füttern Sie Ihr Tier mindestens 2 Stunden vor der Behandlung nicht mehr!**

## Angaben Besitzer

Name :	<input type="text"/>	Telefon :	<input type="text"/>
Vorname :	<input type="text"/>	Mobil :	<input type="text"/>
Strasse :	<input type="text"/>	E-Mail :	<input type="text"/>
PLZ, Ort :	<input type="text"/>		

## Angaben Hund / Katze / Heimtier

Name :	<input type="text"/>	Herkunft :	<input type="checkbox"/> Züchter	<input type="checkbox"/> von Privat
Rasse :	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Tierschutz	<input type="checkbox"/> Ausland
Wurfdatum :	<input type="text"/>	Im Besitz seit :	<input type="text"/>	
Geschlecht :	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Größe :	<input type="text"/>	
		Gewicht :	<input type="text"/>	
Operationen :	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Kastration / Sterilisation	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welche :	<input type="text"/>	Wenn ja, wann :	<input type="text"/>	
Vorgeschichte / bisherige Erkrankungen / Verletzungen / Unfälle:				
<input type="text"/>				
Diagnose(-n) vom Tierarzt :				
<input type="text"/>				



## Angaben Hund / Katze / Heimtier

Was sind die momentanen Beschwerden ?

## Angaben Tierarzt

behandelnder / überweisender Tierarzt :

Name :

Vorname :

Strasse :

PLZ, Ort :

Telefon :

Operierender Tierarzt / Tierklinik :

Name :

Vorname :

Strasse :

PLZ, Ort :

Telefon :

Spezielle Anweisungen des Tierarztes :

Röntgenbilder :

Ja (bitte bereithalten)

Nein

Untersuchungsbericht :

Ja (bitte bereithalten)

Nein

## Medikamente

Aktuelle Medikamente (auch Homöopathie) / Dosierung :

## Sonstige Erkrankungen / Beschwerden

Allergien :  Ja  Nein

Wenn ja, seit wann :

Wenn ja, welche :

weitere Erkrankungen :

- |                                       |   |   |
|---------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Epilepsie    | <input type="checkbox"/> Diabetes         | <input type="checkbox"/> Herz- Kreislauf Erkrankungen     |
| <input type="checkbox"/> Inkontinenz  | <input type="checkbox"/> Husten / Atemnot | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenüber-/ unterfunktion |
| <input type="checkbox"/> Magen / Darm | <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit | <input type="checkbox"/> Augen / Ohren                    |
| <input type="checkbox"/> Haut         |   |   |
| <input type="checkbox"/> Tumore wo :  |   |   |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges    |   |   |

## Weitere Angaben für Hunde

Haltung als :  Familienhund  Sporthund / Jagdhund  Diensthund

Wie oft gehen Sie täglich mit Ihrem Hund Spazieren ?  1x  2x  3x  >3x

Für wie lange jeweils ?

Hundesport :  Ja  Nein

Welche Sportart, Wie oft die Woche ?

Was, wann und wieviel füttern Sie Ihrem Hund (Bitte auch Angaben zu Nahrungsergänzungsmittel) ?

Aktuelle Impfungen :

Wann war die letzte Entwurmung ?

Gab es Auslandsaufenthalte ?  Ja  Nein

Wenn ja wann und wo ?

Leidet Ihr Hund unter einer Reisekrankheit / Mittelmeerkrankheit ?  Ja  Nein

Wenn ja, welche ?  Filarien  Ehrlichose  Babiose  Leishmaniose

## Für die erste Behandlung halten Sie bitte bereit:

- wenn vorhanden eine Lieblingsdecke
- wenn vorhanden Röntgenbilder, Untersuchungs- oder Operationsberichte
- Wenn Ihr Hund eine spezielle Diät benötigt oder sehr empfindlich ist, halten Sie bitte eigene Leckerlies bereit
- den ausgefüllten Fragebogen, falls Sie ihn nicht schon vorab per Mail an mich versendet haben

## Einverständiserklärung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben, ich akzeptiere die allgemeinen Geschäftsbedingungen, die Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung sowie Zahlungsbedingungen und gebe den Auftrag zur Untersuchung / Behandlung meines Tieres.

**Datum, Unterschrift**