

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"/>		<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="text"/> | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges | <input type="text"/> | |

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

Einverständniserklärung

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