

Fragebogen zur Anamnese

| Persönliche Daten des Tierhalters | | Datum: |
|---|--------------------|------------|
| Vorname, Nachnahme: | | |
| Straße, Hausnummer: | | |
| PLZ, Ort: | | |
| Telefon, Mobil: | | |
| E-Mail: | | |
| | | |
| Informationen zum Tier | | |
| Name: | | |
| Geschlecht: | O männlich | O weiblich |
| Tierart: | O Katze | O Hund |
| Rasse: | Farbe: | |
| Geburtsdatum: | Alter: | |
| Transponder-/Tätowierungs-Nr.: | | |
| Gewicht: | | |
| Kastration: | O Ja, am | O Nein |
| Hormonelle Medikation: | O Ja, wann? Name? | O Nein |
| Spot-on-Präparate: | O Ja, wann? Name? | O Nein |
| Wurmkur: | O Ja, wann? Name? | O Nein |
| Impfung(en) (Wann, welche?): | | |
| | | |
| Wann war die letzte Läufigkeit? Gibt es U | nregelmäßigkeiten? | |



| Vorerkrankungen: | O Nein | O Ja, nämlich |
|--|--------|---------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| Bekommt das Tier regelmäßig Medikamente: | O Nein | ○ Ja, nämlich |
| | | |
| | | |
| | | |



| Allgemeine Fragen |
|--|
| Wie alt war das Tier, als Sie es übernahmen? |
| Woher haben Sie das Tier? |
| Wenn Sie nicht der Erstbesitzer sind, wissen Sie etwas über die Zeit, bevor das Tier zu Ihnen kam? |
| Wie hat sich das Tier bei Ihnen eingewöhnt? |
| Wer ist die Bezugsperson des Tieres? |
| Aus wie vielen Personen/Tieren besteht der Haushalt? |
| |



Fragen zur Haltung Wie wird das Tier gehalten? O in Gemeinschaft mit? O einzeln O in der Wohnung O das Tier hat begrenzt Freigang O das Tier hat unbegrenzt Freigang O als Zuchttier O es ist täglich O es ist nie allein Stunden allein O es wird zum Sport eingesetzt (welche Sportart) O sonstiges (bitte erläutern) Fragen zu Fütterung / Fress- und Trinkverhalten Wer füttert das Tier? Wo wird das Tier gefüttert? Wie oft wird das Tier pro Tag gefüttert? Wann / um wieviel Uhr wird das Tier pro Tag gefüttert? Was bekommt das Tier zu fressen? (Bitte Futterarten, - marken und – mengen angeben)



Welches Futter wird nicht vertragen?

| Wann wird das Futter gefressen? | |
|--------------------------------------|-----------------------------------|
| ○ Sofort | O Sonstiges, nämlich |
| | |
| Wie würden Sie das Fressverhalte | n des Tieres beschreiben? |
| O Es frisst gern | O Es frisst mäkelig |
| O Es frisst gierig / schnell | O Es frisst langsam |
| O Es frisst viel | O Es frisst wenig |
| O Es frisst normal | O Es ist futterneidisch |
| O Es frisst sauber | O Es frisst unsauber |
| O Sonstiges, nämlich | |
| | |
| Steht täglich frisches Wasser zur V | erfügung? |
| O Ja | O Nein |
| Wie würden Sie das tägliche Trink | verhalten des Tieres beschreiben? |
| O Es trinkt viel O Es trinkt | wenig O Es trinkt normal |
| Wieviel ml/Liter trinkt Ihr Tier pro | Tag? |
| | |
| | |
| Fragen zu Verdauung / Urinabsat | Z |
| ○ Es setzt häufig Kot ab | ○ Es setzt selten Kot ab |



| O Die Kotmenge ist groß | O Die Kotmenge ist klein |
|---|---|
| O Der Kot ist gut geformt / fest | O Der Kot ist trocken/sehr hart |
| O Der Kot ist breiförmig | O Der Kot ist schleimig |
| O Es hat teils/häufig/immer Durchfall | O Es hat teils/häufig/immer Verstopfung |
| O Der Kot riecht normal | O Der Kot stinkt |
| O Die Farbe des Kots ist normal | O Die Farbe des Kots ist schwarz |
| O Die Farbe des Kots ist weiß | |
| O Sonstiges (Bitte erläutern Sie) | |
| | |
| NA/in int day Hyimahanta dan Tinyan | |
| Wie ist der Urinabsatz des Tieres? | |
| O Es setzt häufig Urin ab | O Es setzt selten Urin ab |
| O Die Urinmenge ist groß | O Die Urinmenge ist gering |
| O Der Urin riecht wie: | O Die Farbe des Urins ist: |
| O Sonstiges | |
| | |
| Fragen zum Problem | |
| Was ist das Hauptproblem des Tieres? (Bitte e | rläutern Sie) |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| Bestehen noch weiter Probleme? | |
| O Ja, nämlich | O Nein |



| Seit wann/ welchem Ereignis gibt | es das/die Prob | lem(e)? Wie w | ar der Verla | uf? |
|----------------------------------|--------------------------------|---------------------------|------------------|------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| Taucht das/die Problem(e) immer | · wieder auf (z.B | . jeden Winter | . Sommer, a | lle vier Wochen)? |
| O Ja, nämlich | | O Nein | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| Fragen zum Problem | lum das/dia Dr | ahlam(a) | | ····· |
| Bereits erfolgte Maßnahmen rund | | | | |
| _ | d um das/die Pro O Tierarzt | oblem(e) O Tierheilpra | aktiker | O Tierklinik |
| Bereits erfolgte Maßnahmen rund | O Tierarzt | O Tierheilpra | aktiker ○ Kot | ○ Tierklinik ○ Haut |



| Die Diagnose lautete? |
|--|
| |
| Die Behandlung umfasste? |
| |
| |
| Fragen zum Verhalten/Charakter |
| Wie würden Sie den Charakter des Tieres beschreiben? (Bitte erläutern Sie) |
| |
| |



| Natalie Tomm |
|--|
| Wie verhält sich das Tier gegenüber gleich- bzw. andersgeschlechtlichen Artgenossen? |
| |
| |
| |
| |
| |
| Wie verhält sich das Tier gegenüber Menschen (z.B. Bezugsperson, Kindern, Fremden)? |
| |
| |
| |
| |
| Hat das Tier vor etwas Furcht/Angst? |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |



| Ist das Tier wetterfühlig? | |
|--|------------------------------|
| ○ Ja, bei | O Nein |
| | |
| | |
| | |
| Aktivität | |
| Wie viele Stunden schläft Ihr Tier und wann am meisten | ? |
| | |
| | |
| Wie aktiv ist Ihr Tier, wenn es nicht schläft? | |
| | |
| | |
| Wann ist die Aktivität des Tieres am stärksten? (Tagesze | it/Uhrzeit) |
| | |
| | |
| Hängt die Aktivität Ihres Tieres mit Ihrer zusammen ode Biorhythmus? | r hat das Tier einen eigenen |
| O Ja | O Nein |
| Bemerkungen: | |
| | |
| | |
| Freut sich Ihr Tier auf den Spaziergang? | |
| O Ja | O Nein |
| Bemerkungen: | |
| | |



Reize Wie reagiert Ihr Tier auf Klingel, Telefon, Knallkörper, Sirene, Staubsauger, laute Geräusche? Was erschreckt Ihr Tier? Wie reagiert Ihr Tier auf Schreck? (Flucht, Aggression, Erkundung) Wie reagiert es bei allen Reizen allein und wie im Beisein des Besitzers?



Verhalten Wie reagiert Ihr Tier darauf allein gelassen zu werden? Wie verträgt Ihr Tier die Autofahrt? Wie ist der Beschützerinstinkt des Tieres? Reagiert Ihr Tier Eifersüchtig? Wenn ja in welcher Situation? Welche Ereignisse lösen Trauer oder Appetitminderung aus? Wie schätzen Sie Sie die Urteilsfähigkeit Ihres Tieres ein? (Wiedererkennen von Örtlichkeiten, Wegen, Haustüren?



| Welche Verhaltensauffälligkeiten zeigt Ihr Tier, die Sie noch nicht erwähnt haben? |
|---|
| Welchen psychischen und physischen Traumen war Ihr Tier ausgesetzt? (Alle Arten von Stress, auch momentane Ereignisse, wie Schreck, Angst, Trennung |
| Wie verträgt Ihr Tier Wärme? |
| Wie verträgt Ihr Tier Kälte? |
| Welche Stellen werden vom Tier zum Aufenthalt bevorzugt? (Fliesen, Teppich, beheizte, unbeheizte Räume, wird es gerne zugedeckt) |
| Wie verträgt Ihr Tier das Licht? Sucht es dunkle Stellen, flüchtet es vor dem Sonnenlicht? |
| Hund: Wie häufig und wann hechelt Ihr Tier? |



| ugen |
|---|
| eten Absonderungen aus den Augen auf? (Farbe, Konsistenz, Schärfe, Menge |
| |
| ie ist die Tränensekretion? |
| |
| : Juckreiz an den Augen Ihres Tieres zu vermuten? Wie äußert sich dies? |
| |
| |
| nren |
| eten aus den Ohren Absonderungen aus? (Farbe, Konsistenz, Geruch) |
| |
| ie ist das Cerumen ("Ohrenschmalz")? |
| |
| itt Juckreiz an den Ohren auf oder besteht eine Schiefhaltung des Kopfes? |
| |
| |



Haut & Haare Besteht ein Juckreiz beim Tier? O Juckreiz O Juckreiz mit Haarverlust O Juckreiz ohne Haarverlust An welchen Stellen befindet sich der Juckreiz? Juckreiz besser durch Kortison/Antibiotikagabe O Ja O Nein <u>Hautauffälligkeiten</u> O Auffälligkeiten an behaarten Stellen O Auffälligkeiten an unbehaarten Stellen O Auffälligkeiten in den Ohren O Auffälligkeiten zwischen den Zehen O Auffälligkeiten an den Ballen O Auffälligkeiten im Nasenbereich **Hautbeschaffenheit** Elastizität O auffällig, nämlich O normal Hautdicke O normal O dünn Aussehen O normal O schuppig O fettig Parasiten O Nein O Ja, welche? <u>Haarbeschaffenheit</u> O brüchig O stumpf O fettig



| | /Vata | lie omm |
|---------------------|-------------------------|------------|
| O Haarausfall | O dünn | O dick |
| | - | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| Dermatose bei Gesch | nwistern/Eltern, wenn j | a, welche? |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |