







Anja Ludwig  
 Bahnhofstraße 3  
 41366 Schwalmtal  
 © 02163 - 8997778  
 0176 - 84303496  
 www.tierisch-munter.de  
 info@tiereisch-munter.de

Bitte beantworten Sie die Fragen so ausführlich wie möglich und bringen folgendes zum ersten Termin mit:

-  den ausgefüllten Fragebogen
-  Untersuchungsergebnisse und Röntgenbilder soweit vorhanden
-  vertraute Lieblingsdecke, wenn Sie möchten
-  Lieblingsleckerlie oder spezielle Diät

Besitzer:	Mail
Adresse:	
Telefon:	Handy:
Tierarzt:	

Name:	Rasse:	Gewicht:
Alter	Geschlecht:	kastriert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
im Besitz seit:	Herkunft:	
Schlafplatz: <input type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> hart <input type="checkbox"/> zugig <input type="checkbox"/> eingerollt <input type="checkbox"/> ausgestreckt <input type="checkbox"/> auf einer Seite; welche?		
Schmerzempfinden: <input type="checkbox"/> gering <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> empfindlich		
Temperaturverhalten: <input type="checkbox"/> mag Wärme <input type="checkbox"/> mag Kälte <input type="checkbox"/> mag Sonne		
Hundesport: <input type="checkbox"/> früher <input type="checkbox"/> zur Zeit	Bezeichnung: Bezeichnung:	Häufigkeit: Häufigkeit:
Länge der täglichen Spaziergänge:		Bevorzugte Gangart:
Futter	<input type="checkbox"/> Nassfutter Menge: <input type="checkbox"/> Trockenfutter Menge: <input type="checkbox"/> Rohfütterung: Menge: <input type="checkbox"/> Zusatzfutter Menge:	Marke: Marke: Bezeichnung:
Führung: <input type="checkbox"/> Halsband <input type="checkbox"/> Geschirr <input type="checkbox"/> Winter/Regenmantel <input type="checkbox"/> sonstiges		

Tierärztliche Diagnose & Therapie	
aktuelle Beschwerden/ Auffälligkeiten (Halterschilderung)	
Medikation:	
Verschlimmerung der Beschwerden	<input type="checkbox"/> nach Belastung <input type="checkbox"/> nach Ruhe <input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> abends <input type="checkbox"/> Kälte <input type="checkbox"/> Nässe <input type="checkbox"/> Wärme <input type="checkbox"/> Jahreszeit
Sonstige Erkrankungen Vorerkrankungen	<input type="checkbox"/> Allergie <input type="checkbox"/> Hautprobleme <input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> Atemwegserkrankungen <input type="checkbox"/> Tumore <input type="checkbox"/> Magen- Darm- Beschwerden <input type="checkbox"/> Infektionserkrankungen <input type="checkbox"/> Nachlassen des Hörvermögens <input type="checkbox"/> Nachlassen des Sehvermögens <input type="checkbox"/> Erkrankungen des Urogenitaltraktes <input type="checkbox"/> Epilepsie <input type="checkbox"/> Herzerkrankung <input type="checkbox"/> Unfälle <input type="checkbox"/> Mittelmehrerkrankungen <input type="checkbox"/> Sonstiges  Beschreibung:  Behandlung:  Dauermedikation:
was macht Ihr Hund im Alltag nicht mehr?	<input type="checkbox"/> ins Auto/auf die Couch springen <input type="checkbox"/> sich wälzen <input type="checkbox"/> Treppen steigen <input type="checkbox"/> Schwanz wedeln <input type="checkbox"/> Dehnen nach Ruhe <input type="checkbox"/> sich schütteln <input type="checkbox"/> sich kratzen
Appetit:	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> gering <input type="checkbox"/> groß <input type="checkbox"/> unstillbar <input type="checkbox"/> frisst andere Dinge    welche:
Durst	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> groß <input type="checkbox"/> gering
Kot:	Häufigkeit: <input type="checkbox"/> 1x <input type="checkbox"/> 2x <input type="checkbox"/> 3x pro Tag Beschaffenheit: <input type="checkbox"/> fest <input type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> breiig <input type="checkbox"/> stark riechend Beimengungen: <input type="checkbox"/> Schleim <input type="checkbox"/> Blut <input type="checkbox"/> Nahrungsreste Farbe: <input type="checkbox"/> sehr hell <input type="checkbox"/> sehr dunkel
Urin:	Häufigkeit: <input type="checkbox"/> viel (ohne Markieren) <input type="checkbox"/> wenig <input type="checkbox"/> muss nachts raus Farbe: <input type="checkbox"/> hell <input type="checkbox"/> dunkel <input type="checkbox"/> blutig <input type="checkbox"/> schleimig <input type="checkbox"/> geruchlos <input type="checkbox"/> stinkend <input type="checkbox"/> tröpfelt nach dem Urinieren <input type="checkbox"/> Inkontinent
Neigung zu: <input type="checkbox"/> Bauchgeräuschen <input type="checkbox"/> Blähungen <input type="checkbox"/> aufstoßen	
Läufigkeit: <input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> unregelmäßig <input type="checkbox"/> Scheinschwanger <input type="checkbox"/> sonstige Probleme	
Charakter: <input type="checkbox"/> unruhig <input type="checkbox"/> ängstlich <input type="checkbox"/> schwer zu motivieren <input type="checkbox"/> aggressiv <input type="checkbox"/> senil <input type="checkbox"/> schnell ablenkbar	