

Anamnese- und Untersuchungsbogen für Katzen



Datum: _____

Allgemeine Angaben Katze & Katzenhalter

Name Halter _____

Name Katze _____

Rasse _____

Geburtsdatum _____

Gewicht _____ Zunahme Abnahme

Geschlecht weiblich männlich kastriert

Impfungen _____

(bitte legen Sie eine Kopie des Impfpasses bei)

Vorstellungsgrund

Grund _____

Akute Auffälligkeiten _____

Wie lange besteht das Problem? _____

Bisherige Behandlungen und Maßnahmen _____

Allgemeiner Teil

Herkunft

- Tierschutz Züchter von Privat „Secondhand“

Besonderheiten, etc.

Lebenssituation

- Freigänger Hofkatze Zucht/Ausstellung
 Wohnungskatze

Familienmitglieder (Menschen & Tiere)

Bezugsperson

Tägliche Beschäftigung

Alltagsablauf

Besonderheiten

Ernährung

Marke, Sorte

- BARF
- Dosenfutter
- Trockenfutter
- Leckerlies
- Knochenfütterung
- Ergänzungsmittel

Menge/Tag/Anzahl der Fütterungen

Mahlzeiten

Trinkverhalten

Fressverhalten/Appetit

Besonderheiten

Probleme

Ausscheidungen

Auffälligkeiten

- Vermehrter Absatz
- Verminderter Absatz
- Farbveränderungen
- Geruchsveränderungen
- Inkontinenz
- Harnverhalt
- Durchfall
- Verstopfung

Kot

Urin

Aussehen, Geruch, Häufigkeit

Urin

Kot

Aussehen, Art, Häufigkeit, Geruch

Erbrechen

Charakter & Verhalten

Charakter

Vorlieben

Lieber...?

- | | |
|--------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Wärme | <input type="checkbox"/> Kälte |
| <input type="checkbox"/> Nähe | <input type="checkbox"/> Abstand |
| <input type="checkbox"/> Ruhe | <input type="checkbox"/> Aktion |

Verträglich mit...

- | | | | |
|--------------------|-----------------------------|-------------------------------|-------|
| ...Artgenossen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | _____ |
| ...Menschen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | _____ |
| ...anderen Tieren? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | _____ |

Ängste

Vor was?

Wie äußert sich
die Angst?

Genaue
Beschreibung der
Situation

Schmerzäußerungen?

Genaue
Beschreibung

Gibt es Kummer-,
Verlust- oder Traumasituationen
(akut oder von früher)?

Spielverhalten

Verhaltensänderungen

Sonstiges

Gesundheitsvorgeschichte

Erläuterung (Was, wann, ...)
Genauere Beschreibung wie sich die Beschwerde äußert.

Erkrankungen

Behandlungen

Unfälle o.ä.

Beeinträchtigungen

chron. Infektionskrankheiten

Juckreiz

Allergien

Unverträglichkeiten

Impfungen

Nebenwirkungen

Medikamente

Nebenwirkungen

Antiparasitika

Wurmkur, Spot-On, etc.

Nebenwirkungen

Lined writing area for notes, consisting of 42 horizontal lines.

Anfällig für Parasiten

Weitere Auffälligkeiten & Symptome

Maul & Zähne

Kapillare
Füllungszeit

o.B.

Schleimhaut

o.B.

Zahnfleisch

o.B.

Zahnstein

o.B.

Zähne

o.B.

Weitere
Untersuchungsergebnisse

Befund Therapeut

Nase

Schnupfen

o.B.

Art/Aussehen/Geruch der Absonderung

Niesen

o.B.

Nasenspiegel

o.B.

Schleimhaut

o.B.

Weitere
Untersuchungsergebnisse

Befund Therapeut

Augen

Ausfluss o.B. Art/Aussehen der Absonderung

Pupillenreflex o.B.

Bindehaut o.B.

Sonstiges o.B.

Weitere
Untersuchungsergebnisse

Befund Therapeut

Ohren

Ohrmuschel o.B.

Gehörgang o.B. Absonderung? Art/Aussehen/Geruch?

Hörfunktion o.B.

Sonstiges o.B.

Weitere
Untersuchungsergebnisse

Befund Therapeut

Fell, Haut, Muskulatur, Krallen, Lymphknoten

Fell o.B.

Haut o.B.

Muskulatur o.B. _____

Krallen o.B. _____

Lymphknoten o.B. _____

Weitere
Untersuchungsergebnisse
Befund Therapeut _____

Lunge

Husten,
Auswurf? o.B. Art/Aussehen/Geruch? _____

Atmung o.B. _____

Weitere
Untersuchungsergebnisse
Befund Therapeut _____

Auskultation o.B. _____

Perkussion o.B. _____

Atemfrequenz o.B. _____

Herz

Auffälligkeiten o.B. _____

Weitere
Untersuchungsergebnisse
Befund Therapeut _____

Auskultation o.B. _____

Puls o.B. _____

Abdomen

Magen o.B. _____

Leber o.B. _____

Nieren o.B. _____

Blase o.B. _____

Weitere
Untersuchungsergebnisse _____

Befund Therapeut

Auskultation o.B. _____

Perkussion o.B. _____

Abduktion o.B. _____

Nierenlager o.B. _____

After & Genitalbereich

After o.B. Absonderung? Aussehen/Art/Geruch?

Genital o.B. Absonderung? Aussehen/Art/Geruch?

Brustdrüsen o.B. Absonderung? Aussehen/Art/Geruch?

Temperatur o.B. _____

Rolligkeit/
Triebverhalten o.B. _____

Weitere
Untersuchungsergebnisse _____

Befund Therapeut

Bewegungsapparat & Nervensystem

Bewegungsabläufe o.B. _____

Auffälligkeiten o.B. _____

Weitere Untersuchungsergebnisse _____

Befund Therapeut

Beugeproben o.B. _____

Reflexe o.B. _____

Sonstiges

Stempel Tierheilpraxis