

## Anamnese- und Patientenaufnahmebogen für Hunde

Liebe(r) Hundebesitzer(in),

ich freue mich, dass Sie mir Ihr Vertrauen geben wollen, Ihren Hund zu behandeln. Damit ich Ihren Hund bestmöglich behandeln kann, bitte ich Sie, den nachfolgenden Fragenbogen nach besten Wissen und Gewissen auszufüllen. Je mehr ich im vornherein erfahren kann, umso besser kann ich auf Ihren Hund eingehen. Bitte schicken Sie mir den Fragenbogen wenn möglich 48 Stunden vor dem Behandlungstermin per E-Mail zu, damit ich mich auf den Termin vorbereiten kann.

Vielen Dank!

### Angaben zum Besitzer

Vorname/Name

---

Straße, Hausnummer

---

PLZ, Ort

---

Telefon/Mobil

---

Email

---

### Angaben zum Patienten

Name des Hundes

---

Rasse

---

Geb.-Datum

---

Farbe

---

Gewicht kg (falls bekannt)

---

Seit wann im Besitz

---

Herkunft

Züchter

Tierschutz/Tierheim

Ausland

Geschlecht

Hündin

Rüde

Kastriert

Nein

Ja, wann?

### Sonstige wichtige Kontakte

Tierarzt

---

### Angaben zur Haltung

Haltung	<input type="checkbox"/> Wohnung/Haus	<input type="checkbox"/> Mit Garten	<input type="checkbox"/> Ohne Garten
	<input type="checkbox"/> Zwinger		
Rudelhaltung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja - Anzahl Hunde?	
Rang	<input type="checkbox"/> Niedrig	<input type="checkbox"/> Mittel	<input type="checkbox"/> Hoch
Unbeaufsichtigt?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja - Stunden?	_____
Bewegung/ Freigang	_____mal _____ Stunden am Tag		
Raucherhaushalt?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Turniersport	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja , welcher	_____
Beruflich genutzt	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
	<input type="checkbox"/> Jagd	<input type="checkbox"/> Sicherheit/Schutzdienst	<input type="checkbox"/>
Trainingsintervalle	_____		
Zucht	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	

### Angaben zur Fütterung/Fressen/Trinken

Ernährung	<input type="checkbox"/> Barf	<input type="checkbox"/> Nassfutter	<input type="checkbox"/> Trockenfutter
Anzahl der Fütterungen	_____		Abstände _____
Menge?	_____		
Futterzusätze	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche?	_____
Fressverhalten	<input type="checkbox"/> Frist gerne	<input type="checkbox"/> Frist wählerisch	<input type="checkbox"/> Frist gierig/schnell
	<input type="checkbox"/> Frist langsam	<input type="checkbox"/> Frist viel	<input type="checkbox"/> Frist wenig
	<input type="checkbox"/> Ist futterneidisch	<input type="checkbox"/> Frist sauber	<input type="checkbox"/> Frist unsauber
Steht durchgehend Wasser zur Verfügung?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Trinkverhalten	<input type="checkbox"/> Trinkt viel/ __Liter	<input type="checkbox"/> Trinkt wenig/ __Liter	<input type="checkbox"/> Trinkt normal

### Wesen des Hundes

Verhalten Menschen gegenüber	<input type="checkbox"/> freundlich	<input type="checkbox"/> desinteressiert	<input type="checkbox"/> interessiert
	<input type="checkbox"/> aggressiv	<input type="checkbox"/> dominant	<input type="checkbox"/> unterwürfig
Verhalten Hunden gegenüber	<input type="checkbox"/> freundlich	<input type="checkbox"/> ruhig	<input type="checkbox"/> interessiert
	<input type="checkbox"/> temperamentvoll	<input type="checkbox"/> hyperaktiv	<input type="checkbox"/> desinteressiert
	<input type="checkbox"/> dominant	<input type="checkbox"/> Unterwürfig	<input type="checkbox"/> lustlos
Charakter	<input type="checkbox"/> lebhaft	<input type="checkbox"/> neugierig	<input type="checkbox"/> ängstlich
	<input type="checkbox"/> aggressiv		
Zwangshandlungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche?	_____
Verhaltensauffälligkeiten	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche?	_____

### Allgemeinbefinden

Zähne in Ordnung?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Augen klar und unauffällig?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Nase unauffällig?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Ohren unauffällig?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Atmung normal	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Atemnot	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Häufig müde	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Erschöpfung	<input type="checkbox"/> schnell	<input type="checkbox"/> langsam			
Schwitzt	<input type="checkbox"/> viel	<input type="checkbox"/> wenig	<input type="checkbox"/> schnell	<input type="checkbox"/> langsam	
Blähungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Verstopfung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Harndrang	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Inkontinenz	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Überm. Durst	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Appetit	<input type="checkbox"/> wenig	<input type="checkbox"/> viel
Husten	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja			
Geruch	<input type="checkbox"/> Stark	<input type="checkbox"/> Wenig	Fell normal	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Besondere Veränderungen	_____				

### Vorerkrankungen

Arthrose/Arthritis	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Herz/Kreislauf	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Allergien	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja , welche?	_____
Tumore	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja , wo?	_____
Schilddrüsen- fehlfunktion	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Probleme an Gebärmutter / Eierstock / Prostata	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____
Sonstige Erkrankungen			
<hr/>			
Unfälle	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welchen?	_____
Operationen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Was / Wann?	_____
Narben	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, wo/wie groß?	_____
Implantate (z.B. Platten, Schrauben, Gelenke)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Wo?	_____
Ständig wiederkehrende Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Welche?	_____

### Aktuelle Beschwerden / Symptome:

### Beschwerden werden schlimmer

Nach dem Ruhen       Bei Belastung       Bei Wetterwechsel

### Beschwerden werden besser

Nach dem Ruhen       Bei Belastung       Bei Wetterwechsel

Tiertherapie Barbara Scheler Eckstein

Weidstraße 5c · 64560 Riedstadt · 0176 233 16 905 · info@tiertherapie-se.de · www.tiertherapie-se.de  
Steuernummer 21 864 60510 · Berufshaftpflichtversicherung Inter Versicherung

### Diagnose Tierarzt

### Therapie (z.B. Operation, Medikamente, Homöopathie usw.)

### Sonstige wichtige Informationen

- |   |  |                                       |
|---|--|---------------------------------------|
| Aktuelle Medikation                                     | <input type="checkbox"/> Nein            | <input type="checkbox"/> Ja , welche? |
| Aktuelle Behandlungen durch Tierarzt/ Tierheilpraktiker | <input type="checkbox"/> Nein<br>Welche? | <input type="checkbox"/> Ja           |
| Wurmkur?  | <input type="checkbox"/> Nein            | <input type="checkbox"/> Ja, wann?    |
| Impfung?  | <input type="checkbox"/> Nein            | <input type="checkbox"/> Ja, Wann?    |

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der oben aufgeführten Daten über den Halter und das Tier. Ich wurde über mögliche Risiken und Nebenwirkungen der Therapiemaßnahmen aufgeklärt und gebe mein Einverständnis, dass eine Behandlung am Tier vorgenommen werden darf.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des Halters

**Bitte halten Sie folgende Unterlagen nach Einverständnis ihres Tierarztes für den ersten Termin bereit:**

- alle aktuellen Befunde und OP-Berichte Ihres Tierarztes
- Röntgenbilder des Tieres
- Eventuelle Erkrankungen sollten vorher tierärztlich abgeklärt werden
- Fragebogen ausgefüllt, gerne auch vorab

**Vor jedem Behandlungstermin:**

- Eine Vertrauensperson des Tieres sollte anwesend sein, außerdem ist ein ruhig gelegener, ebener Platz von Vorteil
- Bitte achten Sie darauf, dass das Fell vor der Behandlung sauber und trocken ist (auch kein Glanzspray), da sich sonst manche Therapieformen nicht anwenden lassen
- Wenn Ihrem Tier Schmerzmedikamente verabreicht werden: Nach Absprache mit dem behandelnden Tierarzt sollten Schmerzmedikamente möglichst erst nach dem Behandlungstermin gegeben werden, da die Beurteilung der Schmerzsituation sonst erschwert ist. Aber: In manchen Fällen ist das Aussetzen des Medikamentes jedoch nicht sinnvoll und muss daher immer mit dem Tierarzt abgeklärt werden.