



Tierheilpraxis Stefanie Baltes
Natürliche Behandlung mit Herz

Anamnesebogen

Bitte nehmen Sie sich etwas Zeit mit dem Ausfüllen des Bogens.
Ihre Angaben helfen gezielter auf die Symptome oder
Probleme Ihres Tieres einzugehen. Vielen Dank!

Persönliche Angaben des Tierbesitzers

Vorname: _____ Name: _____
Telefon: _____ Mobil: _____
E-Mail: _____
Straße / Hausnr.: _____
PLZ / Ort: _____

Angaben zum Tier

Name des Tiers: _____ Geschlecht: männlich weiblich
Geburtsdatum: _____ Alter: _____ Gewicht: _____ kg
Rasse / Farbe: _____ Chip: Nein Ja
Chip-Nr.: _____
Ist das Tier kastriert? Nein Ja seit wann _____
Besonderheiten / Hinweise: _____
Verhaltensbesonderheiten: _____
Vorlieben / Abneigungen: _____

Vorerkrankungen und Impfungen

Bestehen Vorerkrankungen? Nein Ja welche _____
Werden Medikamente gegeben? Nein Ja welche _____
Gab es Operationen? Nein Ja welche _____
Ist das Tier geimpft? Nein Ja wogegen _____
Gibt es eine Diagnose des Tierarztes? Nein Ja welche _____

Symptome & Krankheitsentwicklung

Wann traten die Beschwerden auf?

Wie äußern sie sich genau? Welche Symptome fallen auf?

Welche Bereiche sind betroffen?

Gab es eine Ursache?

Zeigt das Tier Schmerzen? Wie äußern diese sich?

Was wurde bereits unternommen (Medikamente, Physiotherapie, etc.)?

Allgemeine Gesundheitsangaben

Kopf und Atmung

Gibt es Zahnprobleme?	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	_____
Gibt es Probleme bei Augen oder Nase?	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	_____
Hat das Tier Schnupfen oder niest?	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	_____
Ist die Atmung auffällig?	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	_____
Hustet das Tier?	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	_____
Gibt es Auffälligkeiten bei den Ohren?	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	_____

Bewegungsapparat

Ist die Körperhaltung auffällig?	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	_____
Ist die Beweglichkeit eingeschränkt?	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	_____
Werden Bewegungen vermieden?	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	_____
Gibt es zwanghafte Bewegungen?	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	_____
Ist Ihr Tier gefallen oder heruntergefallen?	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	_____

Futter und Verdauung

Ist das Futterverhalten anders?	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	_____
Trinkt oder frisst es mehr oder weniger?	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	_____
Hat es Durchfall? Wenn ja, seit wann?	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	_____
Bestand ein Wurm -oder Parasitenbefall?	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	_____
Gab es eine Wurmkur? Wenn ja, wann?	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	_____
Ist der Kot auffällig?	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	_____
Ist der Urin auffällig?	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	_____

Fell und Haut

Hat Ihr Tier Verletzungen oder Wunden?	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	_____
Ist das Fell matt, stumpf, glanzlos?	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	_____
Gibt es kahle Stellen im Fell?	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	_____
Gibt es Veränderungen an den Pfoten?	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	_____
Gibt es Auffälligkeiten an den Krallen?	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	_____
Ist die Genitalregion auffällig/unsauber?	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	_____
Kratzt sich Ihr Tier verstärkt? Wenn ja, wo?	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	_____

Verhalten

Verhält sich Ihr Tier anders?	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	_____
Ist es auffallend ruhiger oder apathisch?	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	_____
Zeigt es Schmerzäußerungen?	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	_____

Weitere Symptome

Lebenssituation

Seit wann lebt Ihr Tier bei Ihnen? Wie alt war es, als sie bekommen haben?

Woher haben Sie Ihr Tier?

Züchter Vorbesitzer Tierheim Tierschutz
sonstiges

Wissen Sie etwas über die Zeit bevor das Tier zu Ihnen kam?

Wie hat sich Ihr Tier bei Ihnen eingewöhnt?

Wie verhält sich Ihr Tier anders bzw. gleichgeschlechtlichen Artgenossen gegenüber?

sozial unterwürfig/ängstlich dominant aggressiv
sonstiges

Wie verhält sich Ihr Tier gegenüber Menschen (Bezugspersonen, Familie, Kinder, Fremde)?

freundlich neugierig/interessiert ängstlich aggressiv
sonstiges

Wie würden Sie den Charakter Ihres Tieres beschreiben?

lebhaft neugierig/interessiert ängstlich/scheu aggressiv
sonstiges

Wie lebt ihr Tier bei Ihnen?

Paarhaltung Einzelhaltung größere Gruppe Zuchtier
Auslauf unbegrenzter Freigang begrenzt Freigang Innenhaltung
nie allein mehrstündig allein Zwingerhaltung Garten o.ä.
sonstiges

Lebenssituation

Wie oft füttern Sie ihr Tier?

einmal täglich zweimal täglich mehrmals täglich frei verfügbar

Mit was füttern Sie ihr Tier (z.B.: Trockenfutter, Nassfutter, Leckerlis, BARF)?

Wie würden Sie das Fressverhalten ihres Tieres beschreiben?

gern gierig/schnell langsam wenig
normal futterneidisch mäkelig viel
sonstiges

Wie würden Sie das Trinkverhalten ihres Tieres beschreiben?

viel normal wenig selten
sonstiges

sonstige Besonderheiten und Auffälligkeiten

Herzlichen Dank das Sie sich die Zeit genommen haben!