



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!  
Bitte beachten Sie die Hinweise am Ende.

### 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       Zuchttier   
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!**

**Anamnesebogen vorab per E-Mail senden**

### **Bearbeitungshinweise:**

**Am PC:**

Bogen ausfüllen, ggf. abspeichern und über den Button senden.

**Android:**

Bogen ausfüllen, ggf. abspeichern und über den Button senden.

**iPhone:**

Bogen ausfüllen, ggf. abspeichern, auf den Button klicken und auf fertig rechts oben klicken. Jetzt über Mail versenden.