

# Anamnese-Fragebogen

Datum: \_\_\_\_\_

## Persönliche Daten des Tierhalters

Vorname, Name \_\_\_\_\_  
 Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_  
 PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
 Telefon / Handy \_\_\_\_\_  
 E-Mail \_\_\_\_\_

## Informationen zum Tier

Name \_\_\_\_\_  
 Geschlecht  männlich  weiblich  
 Tierart  Hund  Katze  Pferd (Schlachttier)  Pferd (kein Schlachttier)  
 sonstiges: \_\_\_\_\_  
 Rasse \_\_\_\_\_  
 Farbe \_\_\_\_\_  
 Besondere Kennzeichen \_\_\_\_\_  
 Alter / Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
 Gewicht \_\_\_\_\_  
 Größe / Stockmaß \_\_\_\_\_  
 Tätowierungs- /Chipnummer \_\_\_\_\_  
 Kastration  nein  ja, im Alter von \_\_\_\_\_  
 Trächtigkeit  nein  ja, welches Stadium \_\_\_\_\_  
 Spot-Ons gegen Flöhe/Zecken  nein  ja, wann und welche \_\_\_\_\_  
 Entwurmung  nein  ja, wann und welche \_\_\_\_\_  
 Impfungen  nein  ja  
 Wann, welche und Intervall? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Dauerhafte Medikamente  nein  ja  
 Wann und welche? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Allergien  nein  ja  
 Seit wann und welche? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_



Besteht eine Ausprägung der Beschwerden auf eine Körperseite?

- rechts                       vorne  
 links                          hinten

Tauchen die Beschwerden immer wieder auf? (z.B. jeden Winter, alle 4 Wochen ...)

- nein             ja, nämlich \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Treten die Beschwerden immer zusammen oder abwechselnd auf?

- nein             ja, nämlich \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Unter welchen Umständen bessern oder verschlechtern sich die Beschwerden?

(z.B. Jahreszeit, Tageszeit, Wetter, Bewegung, Ruhe, Fressen, Trinken, Wärme, Kälte, Berührung, drinnen, draußen etc.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Gab es einen Auslandsaufenthalt? Wo? Wie lange?

- nein             ja, nämlich \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Bereits erfolgte Maßnahmen**

Das Tier war bereits beim

- Tierarzt
- Tierheilpraktiker
- Tierphysiotherapeut
- Tierosteopath

Untersucht wurde bereits

- Blut
- Kot
- Urin
- sonstiges, nämlich \_\_\_\_\_

---



---

Ergebnis der Untersuchung(en)

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

Behandlung/Medikation

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

Falls bereits Untersuchungen stattgefunden haben, z.B. Bluttests, Urintests, Röntgenaufnahmen etc., lassen Sie mir bitte die Ergebnisse dieser Untersuchungen in Kopie mit diesem Fragebogen zukommen.

## Allgemeines

Woher haben Sie das Tier?

---



---

Wie alt war das Tier, als Sie es übernahmen?

---

Wenn Sie nicht der Erstbesitzer sind, was wissen Sie über die Zeit, bevor das Tier zu Ihnen kam?

---



---



---

Wer ist die Bezugsperson des Tieres?

---



---

## Fragen zur Haltung

Wie wird die Katze gehalten?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> einzeln                   | <input type="checkbox"/> in Gemeinschaft mit                 |
| <input type="checkbox"/> in der Wohnung            | <input type="checkbox"/> mit begrenztem Freigang             |
| <input type="checkbox"/> mit unbegrenztem Freigang | <input type="checkbox"/> als Zuchttier                       |
| <input type="checkbox"/> ist nie allein            | <input type="checkbox"/> ist täglich          Stunden allein |
| <input type="checkbox"/> sonstiges, nämlich        |  |

Wie wird der Hund gehalten?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> einzeln                      | <input type="checkbox"/> in Gemeinschaft mit                 |
| <input type="checkbox"/> in der Wohnung               | <input type="checkbox"/> im Zwinger                          |
| <input type="checkbox"/> mit unbegrenztem Freilauf    | <input type="checkbox"/> mit begrenztem Freilauf             |
| <input type="checkbox"/> als Sporthund, Jagdhund etc. | <input type="checkbox"/> als Zuchttier                       |
| <input type="checkbox"/> ist nie allein               | <input type="checkbox"/> ist täglich          Stunden allein |
| <input type="checkbox"/> sonstiges, nämlich           |  |

Wie wird das Pferd gehalten?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> einzeln                                | <input type="checkbox"/> in Gemeinschaft mit                  |
| <input type="checkbox"/> Einzelbox                              | <input type="checkbox"/> Boxenhaltung mit mehreren Pferden    |
| <input type="checkbox"/> Offenstall                             | <input type="checkbox"/> Laufstall                            |
| <input type="checkbox"/> Paddock                                | <input type="checkbox"/> kein Weidegang                       |
| <input type="checkbox"/> täglich          Stunden Weidegang     | <input type="checkbox"/> wird pro Tag          Stunden bewegt |
| <input type="checkbox"/> wird pro Woche          Stunden bewegt | <input type="checkbox"/> wird im Sport eingesetzt             |
| <input type="checkbox"/> wird zur Zucht eingesetzt              | <input type="checkbox"/> wird als Arbeitspferd eingesetzt     |
| <input type="checkbox"/> wird als Freizeitpferd eingesetzt      | <input type="checkbox"/> sonstiges, nämlich                   |

Wird mit dem Tier gespielt? Wie? Wie oft?

---

---

---

---

---

Wird mit dem Tier trainiert? Wie? Wie oft?

---

---

---

---

---

### Fragen zur Fütterung / Fress- und Trinkverhalten

Wer füttert Ihr Tier?

---

---

Wo wird Ihr Tier gefüttert?

---

---

Wie oft wird Ihr Tier pro Tag gefüttert? Und um wieviel Uhr?

---

---

Was bekommt Ihr Tier zu fressen? (Art, Marke und Menge, Futterzusätze)

---

---

---

---

---

Wie ist das Fressverhalten?

sofort /  später

frisst gern

frisst langsam /  gierig

frisst sauber /  unsa

sonstiges, nämlich

frisst viel /  wenig

frisst alles auf einmal /  in Etappen

ist futterneidisch

übergibt sich nach dem Fressen



### Fragen zu Allgemeinbefinden

Schwitzt Ihr Tier?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> oft / <input type="checkbox"/> selten                   | <input type="checkbox"/> viel / <input type="checkbox"/> wenig |
| <input type="checkbox"/> bei geringer Anstrengung                                | <input type="checkbox"/> bei geringer Hitze                    |
| <input type="checkbox"/> bei Fieber  | <input type="checkbox"/> trotz Fieber nicht                    |
| <input type="checkbox"/> am Anfang / <input type="checkbox"/> Ende der Fieberpha | <input type="checkbox"/> sonstiges, nämlich                    |

Wie schläft Ihr Tier?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> viel / <input type="checkbox"/> wenig                   | <input type="checkbox"/> oft / <input type="checkbox"/> selten   |
| <input type="checkbox"/> Schlafphasen lang / <input type="checkbox"/> kurz       | <input type="checkbox"/> tief / <input type="checkbox"/> oberflächlich                                   |
| <input type="checkbox"/> ruhig / <input type="checkbox"/> unruhig                | <input type="checkbox"/> mit Bewegungen / <input type="checkbox"/> Lautäußeru                            |
| <input type="checkbox"/> mit offenen Augen                                       | <input type="checkbox"/> an festen / <input type="checkbox"/> wechselnden Schlafpl                       |
| <input type="checkbox"/> auf weicher / <input type="checkbox"/> fester Unterlage | <input type="checkbox"/> Gähnen: selten/ <input type="checkbox"/> häufig / <input type="checkbox"/> lang |
| sonstiges, nämlich   |  |

Wie ist das Hörvermögen?

- |                                 |   |
|---------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> verschlechtert |
|---------------------------------|---|

Wie ist das Sehvermögen?

- |                                 |   |
|---------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> verschlechtert |
|---------------------------------|---|

Wie ist das Geruchsvermögen?

- |                                 |   |
|---------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> verschlechtert |
|---------------------------------|---|

Wie ist die Libido/der Zyklus?

- |   |                    |
|---|--------------------|
| <input type="checkbox"/> Libido ist normal/ <input type="checkbox"/> vermindert |                    |
| <input type="checkbox"/> Zyklus ist regelmäßig / <input type="checkbox"/> unreg | sonstiges, nämlich |

Gab es bereits Nachwuchs?

- |                               |                                       |
|-------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, wie oft? |
|-------------------------------|---------------------------------------|

### Fragen zum Verhalten

Wie verhält sich Ihr Tier gegenüber Artgenossen?

---



---



---

Wie verhält es sich gegenüber Menschen (Bezugsperson, Fremden, Kindern)?

---



---



---



Wie würden Sie den Charakter Ihres Tieres beschreiben?

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> freundlich               | <input type="checkbox"/> lebhaft                |   |
| <input type="checkbox"/> sanft                    | <input type="checkbox"/> gehorsam               |   |
| <input type="checkbox"/> gesellig                 | <input type="checkbox"/> verspielt              |   |
| <input type="checkbox"/> anhänglich               | <input type="checkbox"/> verschmust             | <input type="checkbox"/> zutraulich                   |
| <input type="checkbox"/> interessiert             | <input type="checkbox"/> arbeitsam              | <input type="checkbox"/> Schutz suchend               |
| <input type="checkbox"/> ist gern allein          | <input type="checkbox"/> kann nicht allein sein | <input type="checkbox"/> empfindlich / sensibel       |
| <input type="checkbox"/> still                    | <input type="checkbox"/> wild / scheu           | <input type="checkbox"/> stolz                        |
| <input type="checkbox"/> laut                     | <input type="checkbox"/> unkonzentriert         | <input type="checkbox"/> phlegmatisch / faul          |
| <input type="checkbox"/> unruhig                  | <input type="checkbox"/> jammernd               | <input type="checkbox"/> bellt / miaut / wiehert viel |
| <input type="checkbox"/> schreckhaft              | <input type="checkbox"/> ängstlich              | <input type="checkbox"/> eigensinnig / starrsinnig    |
| <input type="checkbox"/> unfolgsam                | <input type="checkbox"/> unerzogen / verzogen   | <input type="checkbox"/> eifersüchtig                 |
| <input type="checkbox"/> hat Heimweh              | <input type="checkbox"/> traurig                | <input type="checkbox"/> unterwürfig                  |
| <input type="checkbox"/> besitzergreifend         | <input type="checkbox"/> dominant               | <input type="checkbox"/> angriffslustig               |
| <input type="checkbox"/> boshaft                  | <input type="checkbox"/> aggressiv              | <input type="checkbox"/> zerstörerisch                |
| <input type="checkbox"/> hinterlistig             | <input type="checkbox"/> tobsüchtig             | <input type="checkbox"/> bissig                       |
| <input type="checkbox"/> misstrauisch             | <input type="checkbox"/> ablehnend              | <input type="checkbox"/> launisch                     |
| <input type="checkbox"/> sonstiges, nämlich _____ |   |   |

Hat Ihr Tier vor etwas Angst/Furcht?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alleinsein                              | <input type="checkbox"/> Fremden                |
| <input type="checkbox"/> Ereignissen (Turnier, Ausstellung etc.) | <input type="checkbox"/> Tierarzt/Schmied       |
| <input type="checkbox"/> Artgenossen                             | <input type="checkbox"/> Gewitter               |
| <input type="checkbox"/> Geräuschen                              | <input type="checkbox"/> Dunkelheit             |
| <input type="checkbox"/> Transport                               | <input type="checkbox"/> Bewegungen (hektische) |
| <input type="checkbox"/> sonstiges, nämlich _____                |   |

Ist Ihr Tier wetterfühlig?

- nein       ja, bei \_\_\_\_\_

Gab es im näheren Lebensumfeld Veränderungen? (Umzug, Familienmitglieder, Tiergefährten, Stallnachbar)

---



---



---



---

Hat Ihr Tier bestimmte Gewohnheiten/Vorlieben/Verhaltensauffälligkeiten?

---

---

---

---

---

---

---

---

Hat sich Ihr Tier/das Verhalten Ihres Tieres verändert? Wie? Seit einem bestimmten Ereignis?

---

---

---

---

---

---

---

---

Indem Sie einen Termin zur Behandlung Ihres Tieres mit mir vereinbaren, gehen Sie mit mir automatisch einen Behandlungsvertrag ein und erklären sich mit meinen AGBs (auf [www.natural-pets.de](http://www.natural-pets.de) einzusehen) einverstanden.

Bereits durch die Beratung und Behandlung Ihres Tieres erbringe ich meine gebührenpflichtigen Leistungen und nicht erst mit der Heilung Ihres Tieres. Ein Heilversprechen kann nämlich, wie beim Tierarzt auch, nicht gegeben werden.

Durch eine gute Zusammenarbeit zwischen Ihnen und mir, kann es gelingen, Ihr Tier zu heilen oder die Beschwerden zu lindern.

Damit ich Ihr Tier behandeln kann, muss ich eine Patientenakte anlegen und somit personenbezogene Daten speichern. Diese werden nicht an Dritte weitergegeben, außer die Behandlung erfordert eine Zusammenarbeit mit einem Labor, dann werden aber nur die zu diesem Zweck notwendigen Daten weitergegeben.

Sie können jederzeit Auskunft über die von Ihnen erfassten Daten verlangen.

Sofern Sie diesem Vorgehen widersprechen, ist eine Behandlung leider nicht möglich.

---

Ort, Datum

Unterschrift des Tierbesitzers