

## Anamnese-Bogen

Besitzer \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Tiername \_\_\_\_\_

Tierart/Tierrasse \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Chip: \_\_\_\_\_

Geschlecht \_\_\_\_\_ Kastriert      O nein      O ja, seit wann?

### Allgemein:

1. Was sind die Hauptbeschwerden?

2. Herkunft des Tieres und seit wann ist das Tier in ihrem Besitz?

3. Bekommt ihr Tier regelmäßig Medikamente?

4. Besteht eine Überempfindlichkeit gegen ein Medikament?

### 5. Parasitenprophylaxe

Flöhe      O nein      O ja, welche / wie oft \_\_\_\_\_

Zecken      O nein      O ja, welche / wie oft \_\_\_\_\_

Würmer      O nein      O ja, welche / wie oft \_\_\_\_\_

Telefon: 05308 – 99 08 351

Fax: 05308 – 99 08 353

info@tierarztpraxis-schatt.de

6. Impfstatus / letzte Impfungen7. Wann und wie oft treten die Beschwerden auf?8. Besteht zeitweilig eine völlige oder weitestgehende Beschwerdefreiheit?

- |   |                                       |  |
|---|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> an der See     | <input type="checkbox"/> im Urlaub    | <input type="checkbox"/> am Wochenende |
| <input type="checkbox"/> im Hochgebirge | <input type="checkbox"/> im Sommer    | <input type="checkbox"/> im Winter     |
| <input type="checkbox"/> NEIN           | <input type="checkbox"/> KEINE AHNUNG |  |

9. Sind Elterntiere oder Wurfgeschwister betroffen und haben dieselben Beschwerden?

- nein       nicht bekannt  
 ja - Wer ist betroffen?

10. Sind Kontakttiere oder Menschen betroffen?

- nein  
 ja Welche?

11. In welcher Umgebung hält sich das Tier auf?

- |                                    |                                     |                                      |
|------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Großstadt | <input type="checkbox"/> Kleinstadt | <input type="checkbox"/> Dorf        |
| <input type="checkbox"/> Wiese     | <input type="checkbox"/> Wald       | <input type="checkbox"/> Park/Garten |

12. In welcher häuslichen Umgebung hält sich das Tier auf?

- |                                     |                                     |  |
|-------------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> altes Haus | <input type="checkbox"/> Holzdielen | <input type="checkbox"/> Decken (Wolle/Mikrofaser) |
| <input type="checkbox"/> Fliesen    | <input type="checkbox"/> neues Haus | <input type="checkbox"/> Heu/Stroh                 |
| <input type="checkbox"/> Laminat    | <input type="checkbox"/> Zwinger    |  |

13. Wird in der Wohnung oft geraucht/ oft Kerzen angezündet?

- nein       ja



7. Treten Beschwerden bei intensiven Gerüchen, Dämpfen, Staub oder anderen Atemwegsreizen auf?

8. Besonderheiten im Verhalten? (z.B. legt sich auf den Bauch bei Husten)

### **Haarkleid / Haut**

1. War das Tier beim Kauf komplett behaart?

ja       nein

2. Gab es Auffälligkeiten bei den bisherigen Haarwechseln?

nein       ja    Welche?

3. Haart das Tier vermehrt oder hat kahle Stellen?

nein       ja    Wo?

4. Wann und wo begann der Haarverlust?

5. Wie breitete sich der Haarverlust am Körper aus?

6. Gibt es saisonale Schwankungen?

nein       ja    Welche?

7. Wie verlief / verläuft der Haarausfall? (schnell oder langsam)?

8. Ist Juckreiz vorhanden?

nein

ja      War erst eine Veränderung der Haut oder erst der Juckreiz vorhanden?

9. Wie ist das Haarkleid?

- Stumpf       ja       nein
- Fettig       ja       nein
- Schuppig     ja       nein
- sonstiges

10. Wie ist die Haut...

- Gerötet       ja     nein
- Trocken       ja     nein
- Feucht         ja     nein
- vermehrt warm     ja     nein
- geschwollen     ja     nein

**Sexualität:**

1. Zyklusprobleme

nein

ja    Welche?

2. Libido

normal       verringert       verstärkt

3. Wurde die Höhe der Sexualhormone im Blut bestimmt (Labor)?

4. Besonderheiten der äußeren Geschlechtsorgane (Hodensack, Penis Scheide, Gesäuge...)

**Verhalten**

1. Veränderungen       nein       ja seit \_\_\_\_\_

2. Wie hat sich das Verhalten geändert?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ruhiger             | <input type="checkbox"/> anhänglicher  |
| <input type="checkbox"/> aktiver             | <input type="checkbox"/> distanzierter |
| <input type="checkbox"/> unruhiger/ nervöser | <input type="checkbox"/> sonstiges     |
| <input type="checkbox"/> schläft mehr        |  |

**Magen-Darm-Trakt**

1. Appetit     normal                     vermindert             vermehrt

2. Durst         normal                     vermindert             vermehrt

3. Kotabsatz:

- Häufigkeit
  - Konsistenz
- |                                 |                                    |                                    |                                    |
|---------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> steinhart | <input type="checkbox"/> wässrig   | <input type="checkbox"/> schleimig |
| <input type="checkbox"/> breiig | <input type="checkbox"/> blutig    | <input type="checkbox"/> sonstiges |                                    |

4. Erbrechen

nein

ja    Was wird erbrochen und wann?

5. Was wird gefüttert und wie häufig?

Bitte auch die Marke und Geschmacksrichtung angeben.

Bei Trockenfutterzusätzlich: Größe des Futtersacks / Lagerung des Sacks und wird er umgefüllt / Womit wird das Futter aus dem Sack genommen ect.