

Name:	Telefon:
Straße:	Mobil:
Ort:	

Tierarzt / Heilpraktiker**Tierklinik**

Name	Name
Straße	Straße
Ort	Ort
Telefon	Telefon

Hund / Katze

Name	Geschlecht	kastriert J/N
Rasse	Anzahl Würfe	
Geb.Datum	letzte Läufigkeit	
in Besitz seit	Größe / Gewicht	___ cm / ___ kg

Haltung

Futter Trocken / Naß / Barf / Sonstiges: Besonderheiten:

Nahrungsergänzung:

Wasseraufnahme: normal ___

Schlafplatz: Wohnung / Zwinger / Sonstiges: Besonderheiten:

überwiegender Aufenthalt: drinnen / draußen

Treppen J/N

liegt lieber: warm / kalt hart / weich

Bewegung:

Spaziergang: kleine Runde ___ x ___ Minuten große Runde ___ x ___ Minuten

mit Ball/Stöckchen werfen oder sonstiges J/N

Hundesport Agility / Obedience / Schutzhund / Vielseitigkeit / Sonstiges:

 wie oft:

bei Katzen: spielt viel ___ spielt gar nicht ___ spielt ab+zu ___ Freigänger J/N

Sonstiges:

andere Haustiere im Haushalt:

Verträglichkeit mit Menschen/Tieren

letzte Wurmkur

Gesundheitscheck

letzte Impfung

Kot / Urinabsatz

bestehende Medikation und Dosierung (auch homöopathische Mittel):
(z.B. Schmerzmittel, Antibiotika, Insulin für Diabetiker, Herzmedikamente)

Vorerkrankungen (z.B. Herz, Kreislauf, Tumore, Allergien, Unfälle, Lahmheiten, Bisse, Operationen, neurologische Störungen, Epilepsie, überstandene Infektionskrankheiten, Auslandsaufenthalt, Inkontinenz, Implantate wie Platten/künstliches Gelenk/Goldakupunktur)

Diagnose Tierarzt / Heilpraktiker

Behandlung, OP-Methode, OP-Termin

Vorbehandlung dieser Erkrankung/Beschwerden durch:

(Tierarzt, Heilpraktiker, Physiotherapeut, Osteopath)

Akutes Problem:

Beschwerden seit wann, wodurch, allmählich oder plötzlich, früher schon mal aufgetreten, liegt auf nur auf einer Seite, Belegen/Benagen einer Stelle, Husten bei Belastung
Beschwerden werden schlimmer: nach Belastung/Liegen / morgens/abends/nachts / witterungsabhängig
läßt sich an bestimmten Stellen ungern anfassen (evt. Schmerz)
was ist Ihnen sonst aufgefallen

Beschreibung des Patientenhalters: