



Patientendaten	
Tiername	Besitzername
Geburtsdatum	Straße, Nr.
Tierart	PLZ, Wohnort
Rasse	Telefon
Geschlecht	Handy
Kastriert?	Email:
Körpergewicht	

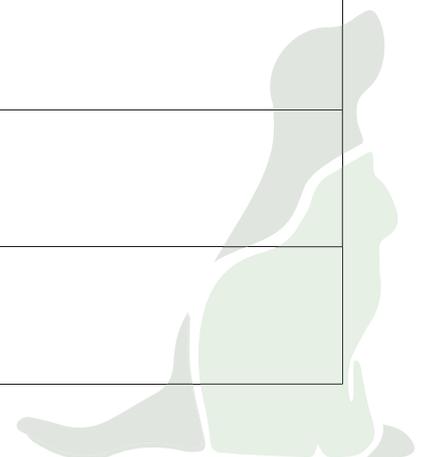
Anamnese
Art der Erkrankung, Symptome
Beginn der Erkrankung
Weiterer Verlauf der Erkrankung
Vorherige Erkrankungen
Lebenslauf/Abstammung

Charakter, Wesen (Zutreffendes bitte ankreuzen)			
leistungsfähig <input type="checkbox"/>	dominant <input type="checkbox"/>	ehrzeigig <input type="checkbox"/>	wütend <input checked="" type="checkbox"/>
freudig <input type="checkbox"/>	bellt/jankt viel <input type="checkbox"/>	hysterisch <input type="checkbox"/>	überdreht <input type="checkbox"/>
gutmütig <input type="checkbox"/>	freundlich <input type="checkbox"/>	ausgeglichen <input type="checkbox"/>	verfressen <input type="checkbox"/>
klug <input type="checkbox"/>	unauffällig <input type="checkbox"/>	pflichtbewusst <input type="checkbox"/>	überfordert sich <input type="checkbox"/>
ängstlich <input type="checkbox"/>	hat Trennungsangst <input type="checkbox"/>	unterordnend <input type="checkbox"/>	möchte gefallen <input type="checkbox"/>
sonstiges			



Verhalten
Rüde Sexualverhalten (normal, hypersexuell, uninteressiert)
Hündin Läufigkeit (wie häufig, regelmäßig, Scheinrchtigkeiten)
Fütterung (wie häufig, Dose, trocken, gekocht, BARF)
Welches Futter mag das Tier am liebsten?
Fressverhalten (normal, gierig, wählerisch)
Trinkverhalten (selten, häufig, normal, viel, wenig, warm, kalt)
Wo liegt das Tier gern? (hart, weich, warm, kalt)
Ist das Tier generell lieber im Warmen oder Kalten?
Schlafverhalten (Unruhe, Träume, nächtliches Umherwandern, schläft sehr viel)

Ausscheidungen
Kotabsatz (regelmäßig, Menge, Geruch, Farbe, Konsistenz)
Urinabsatz (häufig, selten, Menge, Farbe, strenger Geruch, geruchlos)
Erbrechen (häufig, selten, nie, Schleim, Futter)
Verdauung (Verstopfung, Blähungen, Magengrummeln)





Veränderung der Beschwerden, Symptome			
Verbesserung durch (Zutreffendes bitte ankreuzen)			
Bewegung <input type="checkbox"/>	Ruhe <input type="checkbox"/>	Kälte <input type="checkbox"/>	Wärme <input type="checkbox"/>
Zugluft, Wind <input type="checkbox"/>	Nässe <input type="checkbox"/>		
Verschlechterung durch (Zutreffendes bitte ankreuzen)			
Bewegung <input type="checkbox"/>	Ruhe <input type="checkbox"/>	Kälte <input type="checkbox"/>	Wärme <input type="checkbox"/>
Zugluft, Wind <input type="checkbox"/>	Nässe <input type="checkbox"/>		
Sind die Beschwerden tageszeitabhängig?			
Sind die Beschwerden jahreszeitabhängig?			

Sonstige Bemerkungen:

**Fragebogen bitte wenn möglich bis zu einem Tag vor der Behandlung einreichen
(gern auch per Mail an: info@tierarzt-broden-immer.de)
Vielen Dank!**

