

Angaben zum Tierbesitzer(in)	
Name / Vorname	
Adresse / PLZ / Ort	
Tel.-Nr. / Natel Nr.	
E-Mail-Adresse	

Angaben zum Patient	
Name	
Geburtsdatum	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich
Rasse(n)	
Farbe	
Gewicht	
Kastriert	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Alter bei Kastration:
Aktuell trächtig?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Zuchttier	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Halterwechsel	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Grund Halterwechsel:
Übernahmealter	
Lebt in	<input type="checkbox"/> Wohnung <input type="checkbox"/> Wohnung mit Garten <input type="checkbox"/> EFH <input type="checkbox"/> EFH mit Garten
Weitere Tiere im Haushalt?	

Impfung / Entwurmung / Zecken (Mittel)	
Entwurmungsmittel	
Reaktion auf Entwurmung	
Zeckenmittel?	
Reaktion auf Zeckenmittel?	
Welche Impfungen wurden bisher gemacht? (Foto von Impfausweis beilegen)	
Reaktion auf Impfungen	
Aktuelle Medikamente (wofür?)	
Aktuelle Zusätze (wofür?)	
Erhaltene Homöopathische Mittel (wofür?)	

Fütterung / Zusätze

Krankheitsgeschichte		
<p>Welche Erkrankungen, Verletzungen, Unfälle, psychische Probleme hatte Ihr Tier im Verlaufe seines Lebens? Bitte notieren Sie dieses chronologisch nach Alter. Wenn Sie das genaue Alter nicht mehr wissen, tragen Sie die Phase (Geburt, Welpen, Erwachsen, Senior) ein.</p>		
Datum	Erkrankung, Verletzung, Unfall, psychische Probleme	Medikamente

Krankheitsgeschichte Blutsverwandte	
<p>Welche Erkrankungen, Verletzungen, Unfälle, psychische Probleme (Ängste, Aggressionen, Hyperaktivität etc.) hatten blutsverwandte Familienmitglieder Ihres Tieres?</p>	
Verwandte(r)	Erkrankung, Verletzung, Unfall, psychische Probleme