



## Anamnese Fragebogen für Tierbesitzer

Allgemeine Angaben (Neukunden bitte Neukunden-Formular zusätzlich ausfüllen)

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

Besitzername: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

---

### Angaben zum Tier

Tiername: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Tierart: \_\_\_\_\_ Rasse: \_\_\_\_\_

Geschlecht: Männlich  Weiblich  Kastriert: Ja  Nein

---

### Hauptproblem / Symptome

Grund des Tierarztbesuches / Hauptproblem: \_\_\_\_\_

Seit wann zeigt es dieses Problem? \_\_\_\_\_

Was zeigt das Tier für allgemeine Symptome:

Erbrechen wie oft, seit wann, Beschreibung: \_\_\_\_\_

Durchfall wie oft, seit wann, Beschreibung: \_\_\_\_\_

Niesen wie oft, seit wann, Beschreibung: \_\_\_\_\_

Husten wie oft, seit wann, Beschreibung: \_\_\_\_\_

Andere Beschreibung: \_\_\_\_\_

War das Tier bereits bei einem anderen Tierarzt wegen diesem Problem? Ja  Nein

Vorangegangene Untersuchungen: \_\_\_\_\_

Vorbehandlungen (welche(s) Medikament(e), wann und wie lange): \_\_\_\_\_

---

	<i>normal</i>	<i>gesteigert</i>	<i>vermindert</i>
Futteraufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wasseraufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kotabsatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Harnabsatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hat ihr Tier in letzter Zeit an Gewicht verloren? Ja  Nein

---



Zusätzliche Angaben / Lebensumstände des Tieres

Herkunft des Tieres: \_\_\_\_\_

Alter zum Zeitpunkt der Anschaffung: \_\_\_\_\_

Vorerkrankungen / andere Krankheiten: \_\_\_\_\_

Medikamente, welche das Tier regelmässig erhält (Name, seit wann, Dosierung und wie oft pro Tag):  
\_\_\_\_\_

Auslandaufenthalt: Ja  Wo: \_\_\_\_\_ Nein

Aufenthalt in Tierpensionen: Ja  Nein

Unkastrierte Hündinnen: Letzte Läufigkeit wann: \_\_\_\_\_

Wo wird das Tier gehalten: Drinnen (%) \_\_\_\_\_

Draussen (%) \_\_\_\_\_

Unbeobachteter Freigang: Ja  Nein

---

Fütterung

Trocken  Feucht  Leckerlis  Essensreste  Sonstiges

Name des Futters: \_\_\_\_\_

Futterwechsel in letzter Zeit? Falls ja, wann: \_\_\_\_\_

Warum: \_\_\_\_\_

---

Prophylaxe

Wann das letzte Mal geimpft? \_\_\_\_\_

Was für eine Impfung war das? \_\_\_\_\_

Entwurmung: Wann zuletzt? \_\_\_\_\_

Mit welchem Produkt? \_\_\_\_\_

Ektoparasiten-Prophylaxe (Flöhe, Zecken): Wann zuletzt? \_\_\_\_\_

Mit welchem Produkt? \_\_\_\_\_

---

Sonstiges

---