

Anamnesebogen

Angaben zum Besitzer:

Vornamen: _____ Nachname: _____

Strasse: _____

Wohnort, PLZ: _____

Tel.: _____ Email: _____

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden? _____

Angaben zum Tier:

Name: _____ Rasse: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____ :: _____

Herkunft: ☐ Züchter ☐ Tierschutz ☐ privat oder _____

Gewicht: _____ Geschlecht: ☐ m ☐ w Kastriert: ☐ Ja ☐ Nein

Letzte Läufigkeit: _____ In Besitz seit: ____:____:____: _____

Lebensweise des Tieres:

Haltung als: ☐ Familienhund ☐ Sporthund ☐ Diensthund ☐ Jagdhund Haltung wo: ☐
Wohnung ☐ Garten/Hof ☐ Zwinger

Auslastung/Bewegung des Tieres: _____

Hundesport: ☐ nein ☐ ja, welchen _____

Ausrüstung: ☐ Halsband ☐ Geschirr ☐ Sonstiges: _____

Fütterung:

Nassfutter, Trockenfutter, Barf, Selbstgekocht:

Marke und Sorte: _____

Leckerlis/Nahrungsergänzungen/Öle: _____

Kauartikel: _____

Wie viele Mahlzeiten am Tag: _____

Fressverhalten: ☐ wählerisch/mäkelig ☐ frisst alles/Kot ☐ frisst viel Gras

Verdauung:

☐ Sodbrennen ☐ Erbrechen ☐ Blähungen

Kot Beschaffenheit/Häufigkeit: _____

Trinkverhalten des Tieres: ☐ trinkt viel ☐ normal ☐ eher wenig

Urinabsatz: ☐ unauffällig ☐ starker Geruch ☐ sehr dunkel

Beschaffenheit des Felles/Haut:

☐ Juckreiz ☐ Hautrötungen ☐ übermäßiges haaren ☐ stumpfes Fell ☐ fettige Haut

Verhalten:

Ängstlichkeit/Stress: _____

Aggression gegenüber: ☐ Mensch ☐ Hunde ☐ Katzen ☐ andere Tiere

Hyperaktives & unausgeglichenes Verhalten: _____

Reagiert empfindlich auf Geräusche: ☐ Silvester ☐ Gewitter

Schreckhaft: ☐ Ja ☐ Nein

Schlappes Verhalten: ☐ Nein ☐ gering ☐ mittel ☐ stark

Gesundheitszustand:

Name des Tierarztes: _____

Letzte Impfung: _____ Letzte Entwurmung: _____

Operationen: ☐ Nein ☐ Ja , welche? Wann?

Diagnose/Therapie: _____

Erkrankt seit: _____

Röntgenbilder: ☐ Nein ☐ Ja (bitte mitbringen)

Untersuchungsbericht: ☐ Nein ☐ Ja (bitte mitbringen)

momentane Medikation: _____

homöopathische Mittel/Kräuter: _____

Sonstige Erkrankungen/Probleme:

Epilepsie ☐ Herz/Kreislauf ☐ Tumore ☐ Magen/Darm ☐ Allergien ☐ Inkontinenz ☐

Husten/Atemnot ☐ Diabetes ☐ Appetitlosigkeit ☐ müde/schlapp ☐

Schilddrüsenüberfunktion ☐ Schilddrüsenunterfunktion ☐

Sonstige: _____

Aktuelle Beschwerden:

Warum sind Sie heute mit Ihrem Tier hier?

Seit wann?: _____

Probleme im Bewegungsapparat:

Verlauf: ☐ Schleichend ☐ plötzlich Ereignis vor Symptombeginn (z.B. Sturz, Unfall, OP):

☐ nach Trauma

Schüttelt sich der Hund der ganz durch? ☐ ja ☐ nein

Lahmheit: ☐ vorne rechts ☐ vorne links ☐ hinten rechts ☐ hinten links

Bevorzugte Seite beim Aufstehen/Hinlegen ☐ nein ☐ ja, ☐ rechts ☐ links

Rüden: Bein heben, bevorzugte Seite ☐ nein ☐ ja ☐ rechts ☐ links ☐

Berührungsempfindlichkeit/Schmerzreaktionen (Ort, Reaktion):

Datenschutzverordnung: Ich stimme der Speicherung meiner Daten zu. ☐

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____



Tina Altmann

Tierheilpraktikerin

Bioresonanztherapeutin

Ernährungsberaterin und Ernährungsassistentin

Hundeverhaltensberaterin

Osteopathie für Hunde

Grünsinkerstr.1d, 82234 Wessling, Tel.:0172-8661029

tierheiltestzentrum@web.de

www.tierheiltestzentrum.com