

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

Angaben zum Tierhalter (m/d/w)

Name

Vorname

Angaben zum Patienten

Name des Tieres

Geburtsdatum (TT / MM / JJ)

Derzeitiges Gewicht

Zutreffendes bitte ankreuzen und wenn nötig ergänzen:

Hat Ihr Tier einen gültigen Impfschutz?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Waren Sie mit Ihrem Tier im Ausland. Wenn ja, wo? Und wann?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bekommt Ihr Tier aktuell Medikamente? Wenn ja, welche(s)? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Schmerzmittel (NSAID's): ▪ Antibiotika: ▪ Kortisonhaltige Medikamente: ▪ Herz/Blutdruckmedikamente: 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein
Bekommt Ihr Tier aktuell Spezialfuttermittel, Diätfutter? Wenn ja welche(s)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ist Ihr Tier allergisch auf Medikamente oder Futtermittel oder anderes? Wenn ja, auf was?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hatte Ihr Tier in letzter Zeit <ul style="list-style-type: none"> ▪ Erbrechen ▪ Durchfall ▪ Husten ▪ Ausfluss ▪ Vermehrten Harnabsatz 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein
Zeigte Ihr Tier in letzter Zeit eine vermehrte Wasseraufnahme?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Zeigte Ihr Tier in der letzten Woche eine reduzierte Nahrungsaufnahme?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Gab es Komplikationen bei der Narkose oder nach Operationen in der Vergangenheit? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Leidet Ihr Tier an einem Diabetes? Wenn ja, spritzen Sie Insulin und wieviel?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Leidet Ihr Tier an bekannte Erkrankungen des Herzens? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hat Ihr Tier eine bekannte Nierenerkrankung? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie folgende Blutungsarten beobachtet? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Schleimhautbluten ▪ vermehrt spontanes Nasenbluten ▪ vermehrt blaue Flecken an untypischen Stellen oder punktförmige Blutungen ▪ Schwarzen Kot (Meläna) 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein
Hat Ihr Tier schon einmal eine Bluttransfusion erhalten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Erkrankungen des Nervensystems: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Krampfanfälle ▪ Lähmungen 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein
Hat Ihr Tier chronische (alte) Erkrankungen oder Schmerzen des Bewegungsapparates: Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Zähne: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mundgeruch ▪ Lockere Zähne 	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein
Leidet Ihr Tier an einer nicht genannten Erkrankung? Wenn ja, an welcher?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sollten Sie einzelne Fragen mit *ja* beantwortet haben, wünschen Sie eine Abklärung vor dem heutigen Eingriff?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Ort / Datum

Unterschrift Tierhalter (m/w/d)