

Angaben zum Tierhalter (m/d/w)

Name _____

Vorname _____

Angaben zum Patienten

Name des Tieres _____

Geburtsdatum (TT / MM / JJ) _____

Derzeitiges Gewicht _____

Seit wann befindet sich das Tier in Ihrem Besitz?		
Wo lebt Ihr Tier? <input type="checkbox"/> Wohnung <input type="checkbox"/> Freigänger mit Zugang zu: <input type="checkbox"/> Balkon <input type="checkbox"/> Garten		
Gab es einen Vorbesitzer?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Woher stammt Ihr Tier? <input type="checkbox"/> Zucht <input type="checkbox"/> Tierheim <input type="checkbox"/> Privat		
Leben weitere Tiere im Haushalt? Wenn ja, welche? <input type="checkbox"/> Hund <input type="checkbox"/> Katze. <input type="checkbox"/> Heimtiere <input type="checkbox"/> Vögel		
Hat Ihr Tier einen gültigen Impfschutz? Wenn ja, wann wurde er das letzte Mal erneuert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Entwürmen Sie Ihr Tier regelmäßig? Wenn ja, wann wurde es das letzte Mal entwurmt?	<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
War Ihr Tier in letzter Zeit in einer Tierpension? Wenn ja, wo und in welchem Zeitraum? (Tag/Monat)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ist Ihr Tier trächtig? Wenn ja, wann und wie oft?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wann war Ihr Tier das letzte Mal läufig?		
Sind Erkrankungen der Wurfgeschwister oder Eltern Ihres Tieres bekannt? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Aus welchem Napf frisst Ihr Tier? <input type="checkbox"/> Metall <input type="checkbox"/> Plastik <input type="checkbox"/> Glas. <input type="checkbox"/> Keramik. <input type="checkbox"/> vom Tisch <input type="checkbox"/> Sonstiges:		
Wie ernähren sie Ihr Tier? <input type="checkbox"/> Trockenfutter <input type="checkbox"/> Nassfutter <input type="checkbox"/> Barf <input type="checkbox"/> Selbstgekocht <input type="checkbox"/> Vegan <input type="checkbox"/> Vegetarisch		
Bekommt Ihr Tier aktuell Spezialfuttermittel, Diätfutter? Wenn ja, welche(s)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bekommt Ihr Tier Zusatzfuttermittel? Wenn ja, welches? <input type="checkbox"/> Ergänzungsfuttermittel <input type="checkbox"/> Leckerlies/Kauartikel <input type="checkbox"/> Sonstiges:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Ist Ihr Tier allergisch auf Medikamente oder Futtermittel? Wenn ja, worauf?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bekommt Ihr Tier aktuell oder dauerhaft Medikamente? Wenn ja, welche(s)? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Schmerzmittel (NSAID's): ▪ Antibiotika: ▪ Kortisonhaltige Medikamente: ▪ Herz/Blutdruckmedikamente: Sontige:	<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
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 veränderte Wasseraufnahme? Wenn ja, wie sehr verändert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> wenig <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> viel <input type="checkbox"/> sehr viel		
Zeigte Ihr Tier in der letzten Woche eine reduzierte Nahrungsaufnahme?	<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
Haben sie bei Ihrem Tier folgendes festgestellt: <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
Wurde Ihr Tier schon einmal operiert? Wenn ja, wann und woran?	<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)