



**Mareike Wirth - Tierheilpraktikerin für alle Felle**  
**Holdergärten 11 89081 Ulm**

**Mobil: 0170 51 60 738**  
**Email: mareike.wirth@kometi.de**

## **Anamnesebogen Hund/Katze:**

### **Stammdaten**

#### **Besitzer**

**Name:** \_\_\_\_\_

**Vorname:** \_\_\_\_\_

**Anschrift:** \_\_\_\_\_

**Telefon:** \_\_\_\_\_

**E-Mail:** \_\_\_\_\_

#### **Angaben zum Tier**

**Name:** \_\_\_\_\_

**Geburtsjahr:** \_\_\_\_\_

**Geschlecht:** \_\_\_\_\_

**Kastriert/Sterilisiert** (bitte ankreuzen)

ja ☐

nein ☐

**Rasse:** \_\_\_\_\_

**Gewicht:** \_\_\_\_\_

**Anzahl der Vorbesitzer:** \_\_\_\_\_

**Anzahl der Geburten:** \_\_\_\_\_

**Fütterung** (bitte ankreuzen)

**Trockenfutter** ☐

**Nassfutter** ☐

**Barf** ☐

Sonstiges: \_\_\_\_\_  
Menge: \_\_\_\_\_  
Ration/Tag: \_\_\_\_\_

Fressverhalten:  
hektisch/schlingt ☐  
langsam ☐  
normal ☐  
Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Zähne** (bitte ankreuzen)

letzter Zahnbehandlungstermin: \_\_\_\_\_

Kieferfehlstellung/Zahnfehlstellung ja: ☐ nein: ☐

welche: \_\_\_\_\_

Abszesse: ja: ☐ nein: ☐

Probleme im Zahnwechsel: ja: ☐ nein: ☐

Zahnwurzelvereiterung: ja: ☐ nein: ☐

vorzeitig ausgefallene/gezogene Zähne: ja: ☐ nein: ☐

**Allgemeine Anamnese**

Zwangshandlung: ja: ☐ nein: ☐

Art (Zwanghaftes Lecken, Schwanzjagen/ -beissen etc.)

bitte näher beschreiben: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Temperament: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Charakter: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Besonderheiten: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Verhaltensveränderung:** ja: ☐ nein: ☐

**seit:** \_\_\_\_\_

**welche:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Berührungsempfindlich:** ja: ☐ nein: ☐

**seit:** \_\_\_\_\_

**wo:** \_\_\_\_\_

**Welche Informationen gibt es über die Herkunft, Vorbesitzer etc.**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## **Gesundheit**

**Tierarzt:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**letzter Behandlungstermin:** \_\_\_\_\_

**Behandlungsgrund:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Diagnose:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Erfolgte Medikation:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Erfolgte Therapien:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Letzte Medikamentengabe:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Datum letzte Impfung (wenn möglich Kopie des Impfausweises)**

\_\_\_\_\_

**welche Impfung:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Reaktionen: ja:** ☐ **nein:** ☐

**wenn ja, welche :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Schwellung:** ☐ **/ Kreislaufprobleme:** ☐ **/ Abzessbildung:** ☐ **/**

**Steifheit:** ☐ **/ Unruhe:** ☐

**andere:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Letzte Wurmkur:** \_\_\_\_\_

**Entwurmungs-Intervall:** \_\_\_\_\_

**Vorerkrankungen (auch Allergien, Hauterkrankungen, Husten, etc.)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Unfälle:** **ja:** ☐ **nein:** ☐

**Art des Unfalles:** \_\_\_\_\_

**Art der Verletzung:** \_\_\_\_\_

**Klinikaufenthalt:** ja: ☐ nein: ☐

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

**Grund:** \_\_\_\_\_

---

---

---

### Platz der woanders gefehlt hat:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---