

## 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: \_\_\_\_\_

Abzesse 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.)**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

