



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

Mobil: 0170 51 60 738

Email: mareike.wirth@kometi.de

Anamnesebogen Pferd

Stammdaten

Besitzer: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Angaben Pferd

Name: _____

Stall Adresse: _____

Stalleinzug: _____

Geburtsjahr: _____

Geschlecht: _____

Kastriert/Sterilisiert: o ja o nein

Rasse: _____

Stockmaß: _____

Gewicht: _____

Anzahl der Vorbesitzer: _____

Anzahl der Geburten: _____

Hufe

Beschlagen seit: _____

Barhuf seit: _____

Bearbeitungsintervall: _____

Schmied/Hufbearbeiter: _____

letzter Bearbeitungstermin: _____

Besonderheiten:

o Mauke o Eisen abtreten o Hornqualität o Trachtenzwang

o Hufrehe o Hufrollensyndrom o Bockhufe o Strahlfäule/Strahlpilz

o Spalten/Risse o Fehlstellungen o Lahmheiten o Strahlkrebs

bitte ggf. näher beschreiben: _____

Verhalten beim Hufbearbeiter: _____

Zähne

Name des Pferdedentisten: _____

Anzahl der Behandlungen pro Jahr: _____

letzter Zahnbehandlungstermin: _____

Kieferfehlstellung/Zahnfehlstellung: _____

Abszesse: _____

Probleme im Zahnwechsel: _____

Zahnwurzelvereiterung: _____

vorzeitig ausgefallene/gezogene Zähne: _____

Wolfszähne/Hengstzähne: _____

Fütterung

Heu: Menge _____ Ration/Tag: _____

Stroh: Menge _____ Ration/Tag: _____

Kraftfutter: Menge _____ Ration/Tag: _____

Getreide, Müsli, etc. (wenn möglich bitte mit Hersteller angeben)

Spurenelemente, Mineralien etc. (wenn möglich bitte Hersteller angeben)

Fütterungsweise:

☐ Heunetz ☐ Heuraufe

☐ Futtertrog / in welcher Höhe ist dieser ca. angebracht: _____

Fressverhalten:

☐ hektisch/schlingt ☐ langsam ☐ normal ☐ kaut einseitig

☐ läßt Reste übrig ☐ macht Heuwickel

bitte ggf. näher beschreiben: _____

Allgemeine Anamnese

Zwangshandlung: o ja o nein

Art: o Koppen o Weben o Zwanghaftes Lecken o Schwanzbeißen

bitte ggf. näher beschreiben: _____

Temperament Charakter

Besonderheiten Verhaltensveränderung: o ja o nein

seit: _____

welche: _____

Berührungsempfindlich: o ja o nein

seit: _____

wo: _____

Gibt es besondere Informationen über die Herkunft, Vorbesitzer etc.:

Gesundheit

Tierarzt: _____

letzter Behandlungstermin: _____

Behandlungsgrund: _____

Diagnose: _____

Prognose: _____

Erfolgte Medikation: _____

Erfolgte Therapien: _____

letzte Medikamentengabe: _____

Datum letzte Impfung: _____

(wenn möglich Kopie des Impfausweises)

welche Impfung: _____

Reaktionen: o ja o nein

wenn ja, welche? o Schwellung o Kreislaufprobleme o

Abszessbildung o Steifheit o Unruhe o Sonstiges

bitte ggf. näher beschreiben: _____

Datum letzte Wurmkur: _____ **Präparat:** _____

Entwurmung Intervall: _____

Vorerkrankungen:

☐ Allergien ☐ Hauterkrankungen ☐ Husten ☐ Sonstiges

bitte ggf. näher beschreiben: _____

Unfälle: o ja o nein

Art des Unfalles: _____

Art der Verletzung: _____

Klinikaufenthalt: o ja o nein

Datum: _____

Grund: _____

Platz der woanders gefehlt hat:
