

Mareike Wirth
Tierheilpraktikerin - für alle Felle
Laubering 3a
89233 Neu-Ulm

Mobil: 0170 51 60 738
Email: wirth-mareike@gmx.de



Anamnesebogen

Pferd

Stammdaten

Besitzer

Anschrift:

Telefon:

E-Mail:

Angaben zum Tier

Name:

Stalladresse:

Stalleinzug:

Geburtsjahr:

Geschlecht:

Kastriert/Sterilisiert:

ja

nein

Rasse:

Stockmaß:

Gewicht:

Anzahl der Vorbesitzer:

Anzahl der Geburten:

–

Hufe

Beschlagen seit:

Barhuf seit:

Bearbeitungsintervall:

Schmied/Hufbearbeiter:

letzter Bearbeitungstermin:

Besonderheiten (Mauke, Eisen abtreten, Hornqualität, Trachtenzwang....)

Hufrehe

Hufrollensyndrom

Bockhufe

Strahlfäule/Strahlpilz

Spalten/Risse

Fehlstellungen

Lahmheiten

Strahlkrebs

Bitte näher beschreiben:

Verhalten beim

Hufbearbeiter:

–

Zähne

Name des Pferdedentisten

Anzahl der Behandlungen pro Jahr

letzter Zahnbehandlungstermin

Kieferfehlstellung/Zahnfehlstellung

Abzesse

Probleme im Zahnwechsel

Zahnwurzelvereiterung

vorzeitig ausgefallene/gezogene Zähne

Wolfszähne/Hengstzähne

bitte näher beschreiben

Fütterung

Pferd:

Heu

Menge

Ration/Tag

Stroh

Menge

Ration/Tag

Krafftutter (Getreide, Müsli, etc. - bitte mit Hersteller angeben)

Menge

Ration/Tag

Zusatzfutter (Spurenelemente, Mineralien etc. - bitte Hersteller angeben:

Menge

Ration/Tag

Fütterungsweise: Heunetz

Heuraufe

Futtertrog

in welcher Höhe sind diese ca. angebracht

Fressverhalten:

hektisch/schlingt

langsam

normal

kaut einseitig

läßt Reste übrig

macht Heuwickel

bitte näher beschreiben:

Allgemeine Anamnese

Zwangshandlung

ja

nein

Art (Koppen, Weben, Zwanghaftes Lecken, Schwanzbeißen etc.) bitte näher beschreiben

Temperament

Charakter

Besonderheiten

Verhaltensveränderung:

ja

nein

seit

welche

Berührungsempfindlich:

ja

nein

seit

wo

–

Gibt es besondere Informationen über die Herkunft, Vorbesitzer etc.

Gesundheit

Tierarzt/Tierheilpraktiker
letzter Behandlungstermin
Behandlungsgrund
Diagnose
Prognose
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 etc.)

letzte Wurmkur

Präparat

Entwurmungsintervall

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

Unfälle

ja

nein

Art des Unfalles

Art der Verletzung

Klinikaufenthalt

ja

nein

Datum

Grund