

# SIE WAREN NOCH NIE BEI UNS?

Herzlich willkommen in unserer Tierarztpraxis!

Zur EDV-Erfassung bitten wir Sie um folgende Angaben, die selbstverständlich der tierärztlichen Schweigepflicht unterliegen!



## Besitzer:

Name: .....

Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

PLZ / Ort: .....

Straße / Nr.: .....

Mobil: .....

Telefon : .....

E-Mail: .....

Besitzen Sie eine Tierkrankenversicherung?     Nein     Ja, bei .....

## Patient:

Name: .....

Farbe: .....

Rasse: .....

Geschlecht:     weiblich  
                   männlich  
                   kastriert

Geburtsdatum: .....

Gewicht: ..... kg

Letzte Läufigkeit/ Rölligkeit

.....  
(falls nicht kastriert)

Bitte haben Sie Verständnis, dass Behandlungen, klinische Leistungen und Medikamentenabgabe grundsätzlich nicht auf offene Rechnung erfolgen können. Notfallbehandlungen und Operationen müssen sofort bei Abholung des Patienten bezahlt werden. Sie können bei uns bar oder mit EC-Karte bezahlen.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Aussagen und akzeptiere die Zahlungsbedingungen.

Schwanebeck, den .....

Unterschrift .....

**Tierarztpraxis Dr. Jens Siebert**

Kleine Harkenbreite 1a  
39397 Schwanebeck



0151 - 15565050



info@tiergesundheitschwanebeck.de



www.tiergesundheitschwanebeck.de

**Öffnungszeiten**

**Montag - Freitag**

9.00 Uhr - 13.00 Uhr  
14.00 Uhr - 18.00 Uhr

## Wohnraum

Wo lebt Ihr Tier?  Wohnung  Haus  mit Freigang  andere .....

Gibt es noch weitere Tiere im Haushalt?  Nein  Ja Welche? .....

## Ernährung

Wann und wie füttern Sie Ihr Tier?  Morgens  Mittags  Abends  
 Ad libitum (Zur freien Verfügung)

Welche Art Futter erhält Ihr Tier zur Zeit?  Trockenfutter  Dosenfutter oder Frischebeutel  
 Selbst zubereitetes Futter  Sonstiges

Welche Marke verwenden Sie? ..... Wo kaufen Sie? .....

Überprüfen Sie die Mengen der täglichen Rationen (falls ja, wie)?  Nein  Ja, mit .....

Wie häufig und welche Leckerlies bekommt Ihr Tier? .....

Wer füttert Ihr Tier?  Nur Sie selbst  Sie selbst und andere Personen (Wer? .....

Hat Ihr Tier in letzter Zeit eines oder mehrere der aufgelisteten Anzeichen gezeigt?

**Gewicht:**  Abgenommen  Zugenommen

**Futteraufnahme:**  Weniger  Mehr **Besitzt Ihr Tier Ihrer Meinung nach sein Idealgewicht?**

**Wasseraufnahme:**  Weniger  Mehr .....

## Allgemeines Befinden

Ist Ihnen eines der folgenden Anzeichen aufgefallen?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Begrüßt die Familie weniger aktiv                  | <input type="checkbox"/> Erbrechen oder Durchfall            |
| <input type="checkbox"/> Schläft vermehrt am Tag und weniger in der Nacht   | <input type="checkbox"/> Blähungen oder Verstopfung          |
| <input type="checkbox"/> Schwierigkeiten beim Aufstehen oder Treppensteigen | <input type="checkbox"/> Stumpfes Fell oder Haarverlust      |
| <input type="checkbox"/> Schwierigkeiten beim Springen, Laufen und Rennen   | <input type="checkbox"/> Jucken, Kratzen oder Lecken         |
| <input type="checkbox"/> Veränderung des Appetits                           | <input type="checkbox"/> Schlechter Geruch von Haut und Fell |
| <input type="checkbox"/> Rote Punkte oder Flecken                           | <input type="checkbox"/> „Unfälle“ (Urin/ Kot) im Haus       |
| <input type="checkbox"/> Häufigeres Urinabsetzen                            |  |

Wie beurteilen Sie den Zustand von Mund und Zähnen Ihres Tieres (Geruch, Zahnbelag, etc.)?

.....

Letzte Kotuntersuchung ..... Letzte Wurmkur .....

Letzte Floh-/ Zeckenprophylaxe .....

Zeigt Ihr Tier störende Verhaltensweisen? .....

Weitere Anmerkung (z.Bsp. Allergien, bestehende Erkrankungen, frühere Operationen): .....

.....

Welche Fragen haben Sie? .....