

## BEFUNDBOGEN

Erstvorstellung am

### Signalement (vom Tierhalter auszufüllen)

#### ANGABEN ZUM TIERHALTER

Frau Herr Name

Vorname

Anschrift: Straße

Hausnummer

PLZ

Ort

Telefonnummer (für Rückfragen)

E-Mail

#### ANGABEN ZUM TIER

Name

Tierart

Rasse

Geschlecht

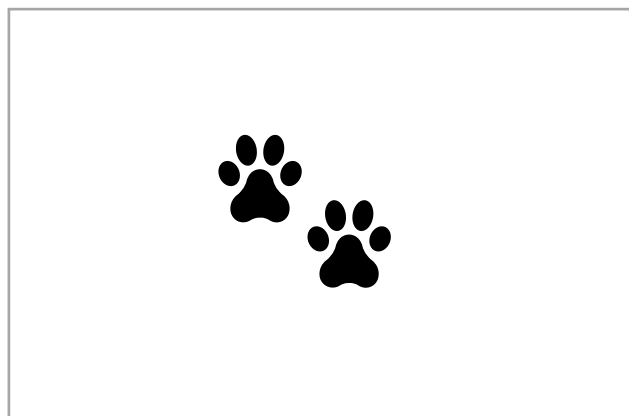
Geburtsdatum

Kastriert

Seit wann in Besitz (seit. 3 J., 4 Mo. o.s)

Tätowierung/ Chip-Nr.

Einverständniserklärung



hier ggf. Foto vom Tier  
einsetzen

## ANAMNESE

### LEBENSITUATION & UMFELD

Haltung (im Haus, Zwinger, Offenstall..)

Weitere Tiere im Haushalt (Anzahl & Tierart)

Welchen Rang  
nimmt Ihr Tier ein?

Familienmitglieder (Partner, Kinder..)

hauptsächliche Bezugsperson

dient das Tier einem bestimmten Zweck? (Wach-, Dienst-, Jagdhund, Turnier-, Sportpferd)

Impfstatus + Entwurmung

bevorzugte Liegeflächen (kalte/ warme, weiche/ harte Plätze)

setzt/ legt er sich vorzugsweise auf eine best.  
Seite

Halsband/ Geschirr

### WASSERAUFNAHME, AUSSCHIEDUNGEN, etc.

Wasseraufnahme (Trinkverhalten, viel/ wenig, lieber kaltes/ warmes Wasser..)

Nahrungsaufnahme (übermäßiger Appetit/ Appetitmangel, hastig/ langsam, isst alles auf/ lässt was stehen..)

Ausscheidungen (regelm., inkontinent, etc.)

### FUTTER

Welches Futter? (Marke(n), Nass-/ Trockenfutter, Zusätze etc.)

**BESCHWERDEN** (falls Röntgenbilder, Berichte o.ä. vorliegen, bitte beifügen)

Liegt eine ärztliche Diagnose vor? Wenn ja, welche?

Welche Hauptbeschwerden, Wann das erste Mal, Verlauf, permanent/ rezidivierend, Wann verstärkt/ Wann besser (Wärme/ Nässe/ Kälte/ Wind/Zugluft, Bewegung; läuft sich ein/ Ruhe, Jahreszeit, etc.), beim Springen, Laufen, Berührungen, besonders schlimm nach Ruhephasen/ bei Belastung

Verhaltensveränderungen? (ruhiger/ unruhiger/ aggressiver, Kopfschiefhaltung/ Torkeln/ Zittern, Schleifenlassen von Pfote/ Huf, Schwierigkeiten beim Treppensteigen rauf/ runter, Bewegungsunlust, Verweigerung eines Hindernisses, rechtzeitiges Abbremsen möglich, etc.)

Wie bekundet Ihr Tier Schmerzen?

Behandlung(en) bisher

Medikamente oder alternative Heilmittel

Weitere Beschwerden

Behandlung(en) bisher

Medikamente oder alternative Heilmittel

### SONSTIGE ERKRANKUNGEN/ FRÜHERE ERKRANKUNGEN/ OP's

Art & Zeitpunkt der Erkrankung(en), Verlauf, noch vorhanden?

Behandlung(en)

Medikamente oder alternative Heilmittel

frühere Operationen (Angaben bitte inkl. Zeitpunkt)

**ERKRANKUNGEN & WESENSAUFFÄLLIGKEITEN VON ELTERN-/  
GESCHWISTERTIEREN (falls bekannt)**

**BEMERKUNGEN** (Heften Sie, wenn der Platz nicht ausreicht, zztl. ein Blatt an. Gerne auch Befunde,  
Röntgenbilder o.s.)