



## Eckdaten/Vorgeschichte

### Angaben zum Halter

Name: \_\_\_\_\_  
Strasse: \_\_\_\_\_  
eMail: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_  
Ort: \_\_\_\_\_  
Tel. Nr.: \_\_\_\_\_

### Angaben zum Vierbeiner

Name: \_\_\_\_\_  
Rasse: \_\_\_\_\_  
Geschlecht: \_\_\_\_\_  
kastriert (ja/nein/chemisch) \_\_\_\_\_

Geb. Datum: \_\_\_\_\_  
IST Gewicht: \_\_\_\_\_  
Soll Gewicht: \_\_\_\_\_

### Zusätzliche Fragen zum Zustand ihres Vierbeiners

**Hat das Tier Futterunverträglichkeiten?** ja    nein  
wenn ja, welche?       
\_\_\_\_\_

**Hat das Tier Allergien?**       
wenn ja, welche?  
\_\_\_\_\_

**Muss das Tier regelmässig Medikamente einnehmen?**       
wenn ja, welche?  
\_\_\_\_\_

**Leidet das Tier an einer Krankheit?**       
wenn ja, welche?  
\_\_\_\_\_

**Ist das Tier aktuell in ärztlicher Behandlung**       
wenn ja, weshalb?  
\_\_\_\_\_



	ja	nein
<i>Ist der Kotabsatz des Tieres normal?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Leidet das Tier oft an Bauchschmerzen?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Sieht das Fell gut aus (keine kahlen Stellen, glänzend)?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Sind die Ohren sauber (keine Rötungen/Ablagerungen)?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Wieviele Stunden pro Woche ist das Tier aktiv (Spaziergänge, Spielen, Kopfarbeit, Hundeschule, andere Trainings)</i>	<input type="text"/>	
<i>Bisherige Ernährung ihres Vierbeiners (Nass/Trocken/Barf, andere)</i>	<input type="text"/>	