

Fragebogen Paket Sensitiv



Angaben zum Tier:

Name des Tieres: _____

Tierart: _____

Rasse: _____

Alter: (xx.xx.xxxx) _____ Geschlecht: _____

Gewicht: _____

Ideal-/Endgewicht: _____

Körperbau: zu dünn ___ normal ___ dick ___

Gab es Gewichtsveränderungen in letzter Zeit?

Sind die Rippen fühlbar? Ja/ Nein

Besondere Kennzeichnung: _____

Kastriert: ☐ Ja ☐ Nein

Kastrationschip ☐ Ja ☐ Nein

Wann? _____

Verhalten:

ruhig ___ aktiv ___ normal ___ scheu ___ ängstlich ___

nervös ___ freundlich ___ neugierig ___ anhänglich ___

Hat sich das Verhalten in letzter Zeit verändert? Ja/ Nein

Wenn ja, inwiefern:

Letzter Tierarztbesuch/ Tierheilpraktiker: _____

Warum? _____

Impfung: ☐ Ja ☐ Nein

ja wogegen _____

(Impfpass bitte kopieren und beifügen)

Wurmkur: ☐ Ja ☐ Nein

Warum?

Anfälligkeit für Parasiten? Wenn ja welche?

Beschaffenheit vom Kot (weich, breiig, unverdaute Bestandteile, fest, weiß, gelb, grün, viel etc.)?

Gerne Foto oder Video einreichen.

Operationen?

Zahnstatus?

Fellzustand (glänzend, weich, eher struppig, fettig etc.)?

Inkontinenz, Harnverhalt?

Woher haben Sie Ihr Tier? Züchter? Tierheim? Von Privat? Sonstige?

Wie lebte das Tier dort?

Anzahl Vorbesitzer: _____

Vorgeschichte: _____

Wie alt war das Tier als es zu Ihnen kam? _____

Wo lebt Ihr Tier? Drinnen? Draußen? Unter Aufsicht Draußen? _____

Wie viele Tiere haben Sie? _____

Wie lief die Zusammenführung der Tiere?

Wie lange ist das Tier täglich alleine? _____

Akzeptiert es das Alleinbleiben? _____

Wie oft geht Ihr Tier raus? (Hund: wie oft und wie lange Gassi? Katze: Freigänger/ gesicherter Freigang?) _____

Darf das Tier sich frei bewegen? Ohne Leine? _____

Können Sie Ihr Tier überall anfassen je nach Größe hochnehmen?

Darf das Tier in alle Räume Ihrer Wohnung/ Ihres Hauses? Welche Räume sind verboten und warum?

Darf das Tier ins Schlafzimmer/ Ins Bett? _____

Haben Sie das Gefühl, dass Ihr Tier Spaß am Lernen hat? _____

Sprechen Sie mindestens einmal täglich mit Ihrem Tier und haben das Gefühl, dass es Sie versteht?

Welche sozialen Aktivitäten finden statt:

Bürsten oder andere Fellpflege? Wie oft und wie lange? _____

Streicheln und Schmusen? Wie oft und wie lange? _____

Kontakt mit anderen Tieren? _____

Kontakt mit fremden Menschen? _____

Lässt sich das Tier die Beute wegnehmen? _____

Zeigt das Tier Jagt -Aktivitäten in der Wohnung?

Jagen von Insekten? _____ Fressen von Insekten?

Jagt das Tier Fellmäuse/ Bälle? _____

Bringt es die Beute maunzend/ bellend? _____

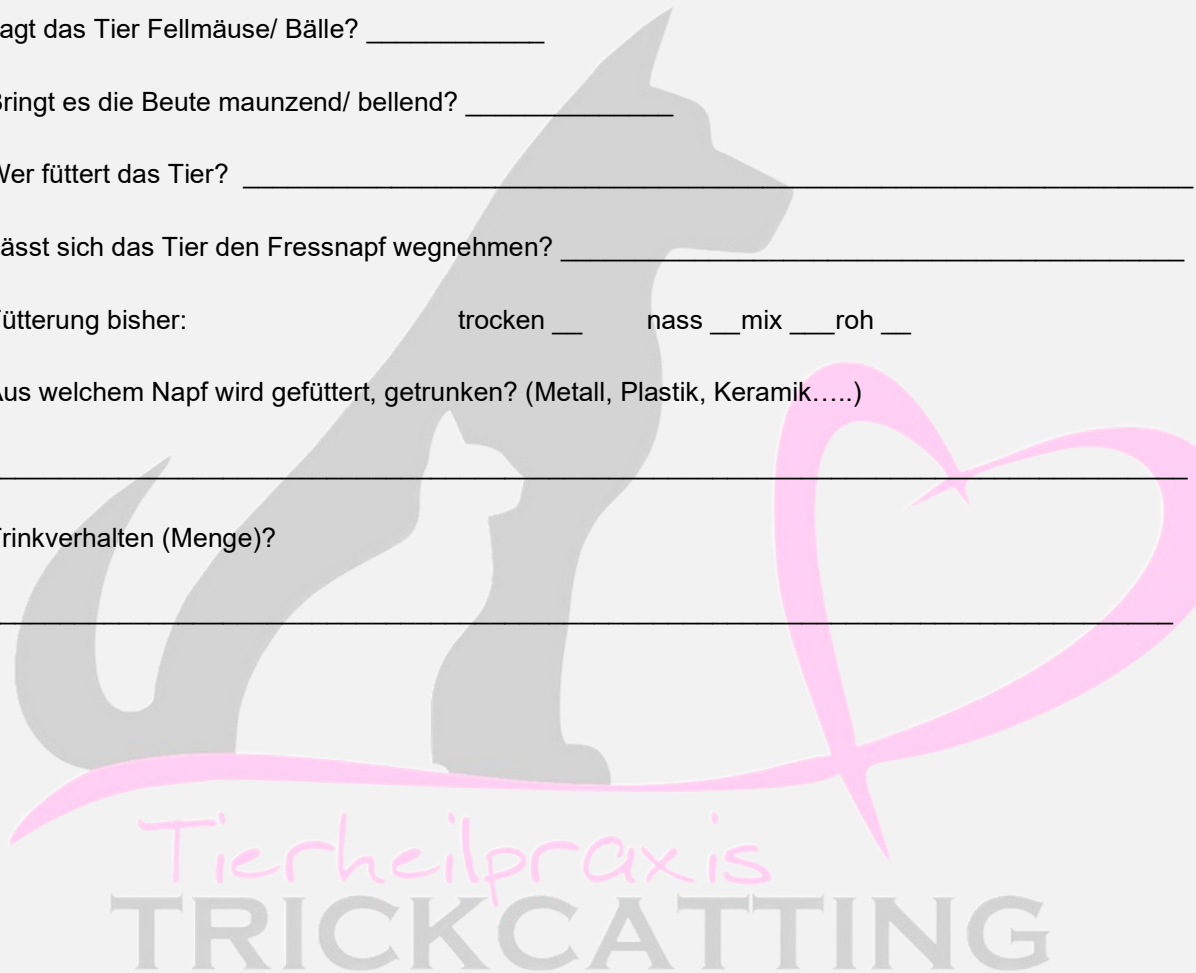
Wer füttert das Tier? _____

Lässt sich das Tier den Fressnapf wegnehmen? _____

Fütterung bisher: trocken __ nass __ mix __ roh __

Aus welchem Napf wird gefüttert, getrunken? (Metall, Plastik, Keramik.....)

Trinkverhalten (Menge)?



Was füttern Sie (Sorten und Marken bitte aufschreiben) Ihrem Tier?

Fleisch oder Futtersorte

Bitte geben Sie genau an, welche Art Fleisch verfüttert wird (Muskelfleisch, Pansen, Brustfleisch, Flügel, Hälse, Knochen, stückig, gewolft etc.) Oder welche Sorte wird verfüttert.

Fleischsorte mit Fettgehalt (Rind, Huhn,...) Firma Futtersorte	Fleischart (Muskelfleisch, Pansen, Hälse, etc.)	Gramm pro Tag	Gramm pro Woche

Kohlenhydrate

Kohlenhydrate (Nudeln, Reis, Kartoffeln, etc.)	Gramm pro Tag	Gramm pro Woche

Obst und Gemüse

Sorte (Apfel, Karotte etc.)	Gramm pro Tag	Gramm pro Woche

Bitte alle Ergänzungen, Öle und Supplemente vollständig auflisten (inkl. genauer Mengenangaben in g bzw. ml).

Öle, Nahrungsergänzungen, Vitamine usw.	Gramm pro Tag	Gramm pro Woche

Leckerlies

Alle Leckerlies bitte auflisten	Gramm pro Tag	Gramm pro Woche

Vorlieben:

Dein Hund oder deine Katze hat bestimmte Vorlieben (z. B. Konsistenz, Beschaffenheit oder Geschmack)? Bitte trage diese hier ein.

Abneigungen:

Gibt es Konsistenzen, Beschaffenheiten oder Geschmacksrichtungen, die dein Hund oder deine Katze nicht mag? Bitte hier eintragen.

Wie oft füttern Sie? Uhrzeiten und Futtermenge bitte dazuschreiben.

--

Teilen Sie Ihre Mahlzeiten mit Ihrem Tier?

--

Gibt es Allergien, Juckreiz oder Unverträglichkeiten?

--

Gab es Ausschlussdiäten? Wenn ja, Wie?

Wie beurteilen Sie den Gehorsam Ihres Tieres? Sehr gut? Gut? Es geht so? Sehr schlecht?

--

Wie viele Katzent Toiletten hat ihre Katze?

--

Welche Streu wird verwendet? _____

Wie oft wird die Katzentoilette gereinigt? _____

Womit wird dieses gereinigt? _____

Wie oft und wie lange gehen Sie Gassi? _____

Kot Menge, Konsistenz und Kothäufigkeit/Tag?

Wie beschäftigen Sie Ihr Tier und wie oft?

Leidet Ihr Tier unter einer akuten /chronischen Krankheit?

Wenn ja unter welcher?

Treten bei Ihrem Tier ein oder mehrere der folgenden Symptome auf?

Erbrechen: (gelb, weißlich/schaumig, Futter etc.) Häufigkeit/Woche

Erbrechen mit Blutbeimengungen: Häufigkeit/Woche

Durchfall: Häufigkeit/Woche

Durchfall mit Blutbeimengungen: Häufigkeit/Woche

Verstopfung: Häufigkeit/Woche

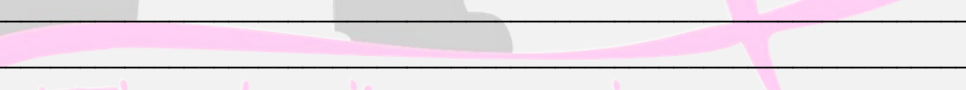
Kot mit Schleimbeimengungen oder – Überzug: Häufigkeit/Woche

Laute Darmgeräusche/ Bauchgrummeln: Häufigkeit/Woche

Gibt es Allergien, Juckreiz oder Unverträglichkeiten?

Bitte schildern Sie nun das Krankheitsproblem oder die Verhaltensauffälligkeit:

Was haben Sie bisher unternommen um das Verhaltens Problem zu lösen?



Tierheilpraxis
TRICKCATTING

Bestrafen Sie Ihr Tier bei/ nach dem Auftreten des Problems? Wenn ja, wie?

Bitte zeichnen Sie, ein Grundriss von Ihrer Wohnung.

Zeichnen Sie Futterstelle, Wasserstelle, Schlafplätze, Kratzbäume, Klos, Fenster und Türen ein.

Bei mehreren Tieren bitte mit unterschiedlichen Farben arbeiten. **Und Video von Haus und Gartenführung einreichen.**



Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

1. trifft zu 2. trifft nicht ganz zu 3. trifft nicht zu

1. Falsche Fröhlichkeit, in unbeobachteten Momenten ist das Tier in sich gekehrt. 1 2 3
2. undefinierbare Ängste, Schreckhaftigkeit, will nicht alleine sein. 1 2 3
3. Intolerant und aggressiv, beginnt Raufereien. 1 2 3
4. Überbrav, unterwirft sich anderen Tieren und Menschen schnell. 1 2 3
5. Unsicher, gehorcht jedem, ahmt andere Tiere nach, geringes Selbstvertrauen. 1 2 3
6. Unbeherrscht, innere Spannungen, Unruhe. 1 2 3
7. Macht immer die gleichen Fehler, vergisst Gelerntes schnell wieder. 1 2 3
8. Egoistisch, will im Mittelpunkt stehen, zu starker Mutterinstinkt bei weibl. Tieren. 1 2 3
9. Unkonzentriert, desinteressiert, reagiert nur langsam. 1 2 3
10. Permanentes Putzen, Lecken, und Kratzen. 1 2 3
11. Niedergeschlagenheit, Anzeichen von Überforderung bei eigentlich kräftigen Tieren. 1 2 3
12. Misstrauisch, Skeptisch gegen alles Neue 1 2 3
13. Resignation und Müdigkeit, schwer motivierbar. 1 2 3
14. Fordert uneingeschränkte Aufmerksamkeit. 1 2 3
15. Eifersüchtig, aggressiv. 1 2 3
16. Desinteressiert, jammert, scheint der Vergangenheit nachzutrauern. 1 2 3
17. Schlapp und müde, schläft viel. 1 2 3
18. Hyperaktiv, gereizt, ungeduldig und ungestüm. 1 2 3
19. Mangelndes Selbstvertrauen, zaghaft und zurückhaltend. 1 2 3
20. Spezifische Ängste vor bestimmten Dingen, wirkt scheu. 1 2 3
21. Plötzliche Traurigkeit, starke Stimmungsschwankungen. 1 2 3
22. Trotz Erschöpfung starkes Pflichtbewusstsein, gibt nicht auf. 1 2 3
23. Geistige und körperliche Erschöpfung. 1 2 3
24. Mutlos, schuldbewusstes Verhalten, unterwürfig, wird häufig angegriffen. 1 2 3
25. Übertriebener Beschützerinstinkt. 1 2 3
26. Extreme Ängste bis zur Panik. 1 2 3
27. Wirkt ständig unnatürlich und angespannt. 1 2 3
28. Stimmungsschwankungen, wechselhaft und unausgeglichen. 1 2 3
29. Hat seelischen Schock scheinbar noch nicht verkraftet. 1 2 3
30. Scheinbare Ausweglosigkeit, appetitlos, desinteressiert, versteckt sich. 1 2 3
31. Übereifrig, übermäßige Begeisterung. 1 2 3
32. Übermäßige Dominanz, ordnet sich nicht unter. 1 2 3
33. Verunsichert aufgrund einer veränderten Lebenssituation 1 2 3
34. Einzelgänger, übertriebener Stolz, meidet jeglichen Kontakt. 1 2 3
35. Unruhig, unaufmerksam, Konzentration schwach. 1 2 3
36. Wenig Ausdauer, unzufrieden, verliert das Interesse schnell. 1 2 3
37. Energielos, teilnahmslos, apathisch, scheint sich aufgegeben zu haben. 1 2 3
38. Verbittert, launenhaft, scheinbar, scheinbar ständig schlechte Laune. 1 2 3

Welche Medikamente, Naturheilmittel oder ähnliches nimmt Ihr Tier zurzeit ein? (Name, Dosis, Dauer):

Wann wurde ein Blutbild, Kotprobe, Urinprobe untersucht? (alle Laborbefunde bitte vorlegen)

Wie sah die bisherige Behandlung aus?

Angaben zum Haushalt:

insg. Personenzahl im Haushalt: _____

Alter? _____ Geschlecht? _____ Berufstätig? _____

Kinder: ja ___ nein ___ Alter _____

Wer ist hauptverantwortlicher für das Tier? _____

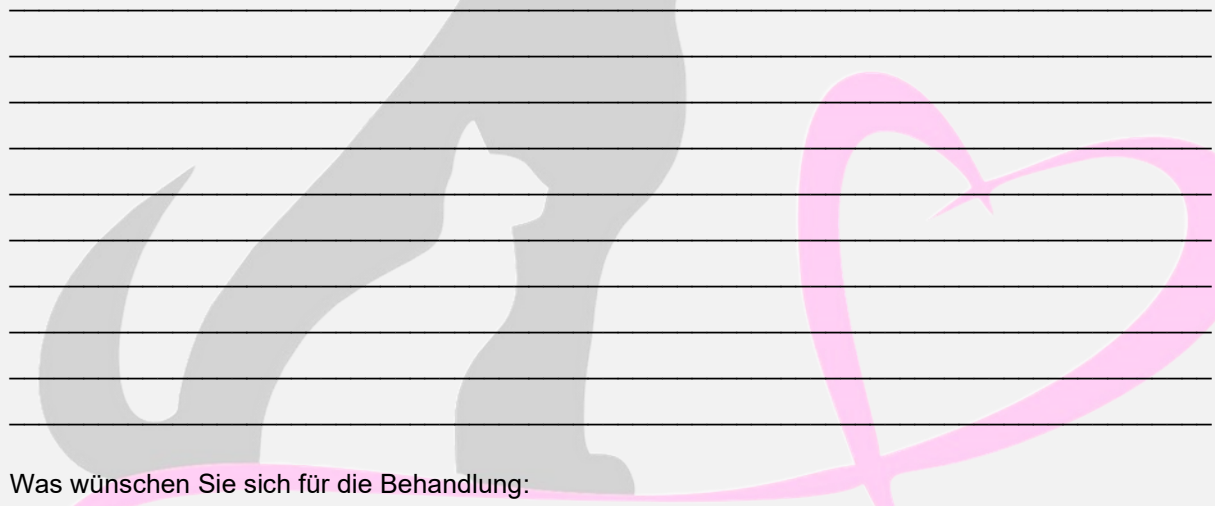
Wie viele Räume stehen den Tieren zur Verfügung? _____

m² ? _____

Raucherhaushalt? ja ___ nein ___

Ist es Ihr erstes Tier? ja ___ nein ___

A blank sheet of white paper with horizontal blue ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.



Was wünschen Sie sich für die Behandlung:

Tierheilpraxis TRICKCATTING

Bitte tragen Sie hier Ihre Adresse und Daten ein und schicken

Sie den Fragebogen an mich zurück:

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/ Ort: _____

Tel.: _____

E-Mail-Adresse: _____

Behandelnder Tierarzt: _____

Mit Zurücksendung des Fragebogens wird die Beratungsgebühr fällig.

Bitte überweisen Sie den Betrag umgehend.

Kontoinhaber: Dayana Winkler

Salzlandsparkasse

IBAN: DE31 8005 5500 020 103 6061

BIC: NOLADE 21 SES

Ich möchte in die WhatsApp Kundeninformationsgruppe.

☐

Ja

☐

Nein

Datum: _____

Unterschrift: _____