



Anamnese

Fragebogen zur Erstberatung

Um einen individuellen Futterplan zu erstellen, werden einige Informationen benötigt. Bitte füllen Sie den Fragebogen vollständig aus und fügen Sie **mindestens je ein Foto Ihres Hundes von oben und der Seite** sowie **alle vorliegenden Befunde, Laboruntersuchungen etc.** hinzu.

Angaben zum Besitzer (Bitte ausfüllen)

Vor- und Nachname:	
Straße und Hausnummer:	
PLZ und Wohnort	
E-Mail	
Telefon	

Grund für die Beratung (Bitte ankreuzen & bei Bedarf ergänzen)

Rationsüberprüfung	<input type="checkbox"/>	
Rationsanpassung	<input type="checkbox"/>	
Rationserstellung	<input type="checkbox"/>	
Diätenberatung	<input type="checkbox"/>	
Anderer Grund	<input type="checkbox"/>	



Angaben zum Tier (Bitte ausfüllen & ankreuzen)

Name der Katze / des Katers			
Alter			
Rasse			
Geschlecht	Weiblich <input type="checkbox"/>	Männlich <input type="checkbox"/>	
Hormonstatus	Intakt <input type="checkbox"/>	Kastriert <input type="checkbox"/>	Hormonchip <input type="checkbox"/>
	Trächtig <input type="checkbox"/>	Laktierend <input type="checkbox"/>	Unklar <input type="checkbox"/>
Aktuelles Gewicht		Geschätztes Idealgewicht	
Herkunft	Züchter <input type="checkbox"/>	Tierheim <input type="checkbox"/>	Auslandstierschutz <input type="checkbox"/>
Verhalten/Temperament	sehr ruhig <input type="checkbox"/>	ausgeglichen <input type="checkbox"/>	ängstlich <input type="checkbox"/>
	gestresst <input type="checkbox"/>	lebhaft <input type="checkbox"/>	unruhig <input type="checkbox"/>
Bei Kitten	Gewicht Mutter		Gewicht Vater
Wie bewerten Sie den Appetit Ihres Tieres?	frisst immer alles und ist immer hungrig <input type="checkbox"/>	frisst alles <input type="checkbox"/>	frisst wählerisch <input type="checkbox"/>
			frisst schlecht <input type="checkbox"/>



Welche Knochen können Sie ohne Druck ertasten (Bitte ankreuzen & ausfüllen)

Wirbelsäule <input type="checkbox"/>	Rippen <input type="checkbox"/>	Beckenknochen <input type="checkbox"/>	Schulterknochen <input type="checkbox"/>	keine <input type="checkbox"/>
--------------------------------------	---------------------------------	--	--	--------------------------------

Haltung & Bewegungsaktivität (Bitte ankreuzen & ausfüllen)

Haltung	Freigang <input type="checkbox"/>	gesicherter Freigang <input type="checkbox"/>	Wohnungshaltung <input type="checkbox"/>
Bewegungsaktivität von 1 (Couch-Potato) bis 10 (Leistungssportler):			

Sonderfälle / Erkrankungen (Bitte ausfüllen)

Welche Symptome hat das Tier?	Durchfall <input type="checkbox"/>	Jucken <input type="checkbox"/>
Sonstiges?		
Seit wann hat das Tier diese Symptome?		

Diagnostizierte Krankheitsbilder* (Bitte ankreuzen & ausfüllen)

Bekannte Erkrankung					
Durch wenn diagnostiziert					
Tierarzt <input type="checkbox"/>	THP <input type="checkbox"/>	Blutbild <input type="checkbox"/>	Kot <input type="checkbox"/>	Urin <input type="checkbox"/>	Bioresonanz <input type="checkbox"/>
Sonstiges					

** bitte leiten Sie alle gestellten Diagnosen und Blutbilder weiter*



Allergien & Unverträglichkeiten (Bitte ausfüllen & ankreuzen)

Was wird eindeutig nicht vertragen?	
Wie festgestellt?	Blutbild <input type="checkbox"/> Bioresonanz <input type="checkbox"/> Ausschlussdiät <input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="checkbox"/>

Parasitenschutz (Bitte ausfüllen)

	Was/welche?	Wann zuletzt?	Wie häufig?
Zecken, Flöhe			
Entwurmung			
Impfungen			

Medikamente (Bitte ausfüllen)

	Dosierung	Seit wann	Wie häufig?
Welche			



Angaben zur bisherigen Fütterung (Bitte ausfüllen & ankreuzen)

	Hersteller & Sorte	Menge (g/Tag)	Wie oft (x/Tag)
Nassfutter			
Trockenfutter			
Sonstiges			
BARF / gekocht	Fertigmenü <input type="checkbox"/>	stückig <input type="checkbox"/>	gewolft <input type="checkbox"/>

Bei BARF / gekocht	Bezeichnung <small>(bei Fertigmenü Hersteller)</small>	Menge (g/Tag)	Wie oft (x/Tag)
Fleischarte			
Innereien <small>(welche + von welchem Tier)</small>			
Knochen/Knochenmehl			
Gemüse /Obst			
Kohlenhydrate			
Öl			
Nahrungsergänzungsmittel			
Leckerli			
Von wie vielen Personen wird das Tier gefüttert?			



Magen-Symptomatiken (Bitte ausfüllen & ankreuzen)

	Morgens	Tagsüber	Nachts	Wie häufig?
Schmatzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Erbrechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gras fressen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Sonstige Informationen / Was sollte ich noch wissen? (Bei Bedarf ausfüllen)

Ich bin mit der Kommunikation per E-Mail und WhatsApp einverstanden.

Datum & Unterschrift