



Name:

Datum:

E-Mail:

Telefon:

### Allgemeine Daten des Hundes:

Name: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_ Geschlecht: ♀ ♂  
Rasse: \_\_\_\_\_ Beim Halter seit: \_\_\_\_\_ Tierschutzhund   
♀ zuletzt Läufig: \_\_\_\_\_ ♀ zuletzt Trächtig: \_\_\_\_\_ ♀♂ Kastriert   
SpotOn (Advantix, Frontline etc.) → Wann: \_\_\_\_\_ kürzlich geimpft   
Tierarzt: Dr. med. vet. \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ (Ort)

### Tägliches Hunde-Leben:

Ernährung: trocken  | nass  | BARF  Fütterung: \_\_\_\_\_ mal täglich  
Futter: Diät  | Senioren  | Normal  aktuelles Gewicht: \_\_\_\_\_ kg  
Draußen mit: Halsband  | Geschirr  Sport / Hundesport: \_\_\_\_\_  
Schläft (Stunden/Tag): 12  | 15  | 18  Weitere Tiere im Haushalt: \_\_\_\_\_  
bevorzugter Schlafplatz: Boden  | Fliesen  | Decke  | Hundebett oder Sofa etc.   
Ihr Hund ist: ängstlich  | kooperativ  | Beißschutz empfohlen

### Vorstellungsgrund:

Tierärztliche Diagnose ↘

akute Schmerzmittelgabe: oral  | lokal  → Medikament: \_\_\_\_\_

sonstige Medikamentengabe: \_\_\_\_\_

Bildgebende Diagnostik: Röntgen  | CT  | MRT  | Ultraschall

Bisherige Therapien ↘