

Anamnese- und Untersuchungsbogen für Hunde



Datum: _____

Allgemeine Angaben Hund & Hundehalter

Name Halter _____
Name Hund _____
Rasse _____
Geburtsdatum _____
Gewicht _____ Zunahme Abnahme
Geschlecht weiblich männlich kastriert
Impfungen _____

(bitte legen Sie eine Kopie des Impfpasses bei)

Vorstellungsgrund

Grund _____

Akute Auffälligkeiten _____

Wie lange besteht das Problem? _____

Bisherige Behandlungen und Maßnahmen _____

Allgemeiner Teil

Herkunft

- Tierschutz Züchter von Privat „Secondhand“

Besonderheiten, etc.

Lebenssituation

- Familienhund Hofhund Zucht/Ausstellung
 Arbeitshund: _____

Familienmitglieder (Menschen & Tiere)

Bezugsperson

Tägliche Beschäftigung

Alltagsablauf

Besonderheiten

Ernährung

- BARF
 Dosenfutter
 Trockenfutter
 Leckerlies
 Knochenfütterung
 Ergänzungsmittel

Marke, Sorte

Menge/Tag/Anzahl der Fütterungen

Mahlzeiten

Trinkverhalten

Fressverhalten/Appetit

Besonderheiten

Probleme

Kotfressen

Ausscheidungen

Auffälligkeiten

Vermehrter Absatz

Verminderter Absatz

Farbveränderungen

Geruchsveränderungen

Inkontinenz

Harnverhalt

Durchfall

Verstopfung

Aussehen, Geruch, Häufigkeit

Urin

Kot

Erbrechen

Aussehen, Art, Häufigkeit, Geruch

	Kot	Urin
Vermehrter Absatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verminderter Absatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Farbveränderungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geruchsveränderungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Harnverhalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verstopfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Charakter & Verhalten

Charakter

Vorlieben

Lieber...?

Wärme

Kälte

Nähe

Abstand

Ruhe

Aktion

Verträglich mit...

...Artgenossen?

Ja

Nein

...Menschen?

Ja

Nein

...anderen Tieren?

Ja

Nein

Ängste

Vor was?

Wie äußert sich

die Angst?

Genaue

Beschreibung der

Situation

Sonstiges

Gesundheitsvorgeschichte

Erläuterung (Was, wann, ...)
Genau Beschreibung wie sich die Beschwerde äußert.

Erkrankungen

Behandlungen

Unfälle o.ä.

Beeinträchtigungen

chron. Infektions-
krankheiten

Juckreiz

Allergien

Unverträglichkeiten

Impfungen

Nebenwirkungen

Medikamente

Nebenwirkungen

Antiparasitika

Wurmkur, Spot-On, etc.

Nebenwirkungen

Anfällig für Parasiten

Weitere Auffälligkeiten & Symptome

Maul & Zähne

Kapillare Füllungszeit o.B. _____

Schleimhaut o.B. _____

Zahnfleisch o.B. _____

Zahnstein o.B. _____

Zähne o.B. _____

Weitere Untersuchungsergebnisse _____

Befund Therapeut _____

Nase

Schnupfen o.B. Art/Aussehen/Geruch der Absonderung _____

Niesen o.B. _____

Nasenspiegel o.B. _____

Schleimhaut o.B. _____

Weitere Untersuchungsergebnisse _____

Befund Therapeut _____

Augen

Ausfluss o.B. Art/Aussehen der Absonderung _____

Pupillenreflex o.B. _____

Bindehaut o.B. _____

Sonstiges o.B. _____

Weitere
Untersuchungsergebnisse _____
Befund Therapeut _____

Ohren

Ohrmuschel o.B. _____

Gehörgang o.B. Absonderung? Art/Aussehen/Geruch?

Hörfunktion o.B. _____

Sonstiges o.B. _____

Weitere
Untersuchungsergebnisse _____
Befund Therapeut _____

Fell, Haut, Muskulatur, Krallen, Lymphknoten

Fell o.B. _____

Haut o.B. _____

Muskulatur o.B. _____

Krallen o.B. _____

Lymphknoten o.B. _____

Weitere
Untersuchungsergebnisse _____
Befund Therapeut _____

Lunge

Husten, Auswurf? o.B. Art/Aussehen/Geruch?

Atmung o.B. _____

Weitere
Untersuchungsergebnisse _____

Befund Therapeut

Auskultation o.B. _____

Perkussion o.B. _____

Atemfrequenz o.B. _____

Herz

Auffälligkeiten o.B. _____

Weitere
Untersuchungsergebnisse _____

Befund Therapeut

Auskultation o.B. _____

Puls o.B. _____

Abdomen

Magen o.B. _____

Leber o.B. _____

Nieren o.B. _____

Blase o.B. _____

Weitere
Untersuchungsergebnisse _____

Befund Therapeut

- Auskultation o.B. _____
- Perkussion o.B. _____
- Abduktion o.B. _____
- Nierenlager o.B. _____

After & Genitalbereich

- After o.B. Absonderung? Aussehen/Art/Geruch?

- Genital o.B. Absonderung? Aussehen/Art/Geruch?

- Brustdrüsen o.B. Absonderung? Aussehen/Art/Geruch?

- Temperatur o.B. _____
- Läufigkeit/
Triebverhalten o.B. _____
- Weitere
Untersuchungsergebnisse _____
- Befund Therapeut** _____

Bewegungsapparat & Nervensystem

- Bewegungs- o.B. _____
abläufe
- Auffälligkeiten o.B. _____
- Weitere
Untersuchungsergebnisse _____
- Befund Therapeut** _____
- Beugeproben o.B. _____
- Reflexe o.B. _____

