

Lebenssituation

- Offenstall
- zeitweise Weidenutzung → wie lange? _____
- Komplette Stallunterbringung _____

Herde (gemischte Herde oder Stuten/Wallache getrennt?) _____

Bezugspersonen _____

Tägliche Beschäftigung _____

Training/Sport _____

Tagesablauf _____

Besonderheiten _____

Ernährung

Heu

Marke, Sorte, Herkunft, Menge

Hafer

Getreide-Müsli

Getreidefreies Müsli

Leckerlies

Ergänzungsmittel

Sonstiges

Menge/Anzahl der Fütterungen

Mahlzeiten

Dauer der Fresspausen

Trinkverhalten

Fressverhalten/Appetit

Besonderheiten

Probleme

Ausscheidungen

Auffälligkeiten

Vermehrter Absatz

Kot

Urin

Verminderter Absatz

Farbveränderungen

Geruchsveränderungen

Inkontinenz

Harnverhalt

Durchfall

Kotwasser

Verstopfung

Aussehen, Geruch, Häufigkeit

Urin

Kot

Charakter & Verhalten

Charakter

Allgemeines Verhalten

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

Behandlungen

Unfälle/Verletzungen

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.

Zähne

o.B.

Fehlstellung

o.B.

EORTH

o.B.

Probleme
beim Kauen und
Fressen

o.B.

Weitere
Untersuchungsergebnisse

Befund Therapeut

Nüstern

Ausfluss

o.B.

Art/Aussehen/Geruch der Absonderung/seit wann?

Niesen

o.B.

Bereich der
Nüstern

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.

Hörfunktion o.B.

Sonstiges o.B.

Weitere
Untersuchungsergebnisse

Befund Therapeut

Fell, Haut, Muskulatur, Lymphknoten

Fell o.B. _____

Haut o.B. _____

Muskulatur o.B. _____

Lymphknoten o.B. _____

Weitere
Untersuchungsergebnisse

Befund Therapeut

Hufe

Barhuf Beschlag: _____

Hufqualität o.B. _____

Hufstellung o.B. _____

Strahl o.B. _____

Befund Therapeut

Lunge

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

Atmung
Belastbarkeit? 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. _____

Rosse/
Triebverhalten o.B. _____

Weitere _____

Untersuchungsergebnisse _____

Befund Therapeut _____

Bewegungsapparat & Nervensystem

Bewegungs- o.B. _____
ablauf _____

Auffälligkeiten o.B. _____

