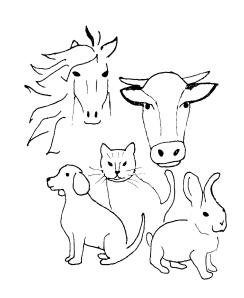
## Anamnesebogen

Petra Kriener, Tierheilpraktikerin Obernefsried 9, 86500 Kutzenhausen-Agawang eMail: kontakt@spirituelle-tierheilpraxis.de

Telefon: 08294-802107

Diesen Anamnesebogen bitte bei Terminvereinbarung vollständig ausgefüllt bereit legen. Sie helfen mir damit ihr Tier im Vorfeld kennenzulernen so dass ich mich hier speziell auf die Problematik Ihres Tieres einstellen kann.



| Name des Tieres                      |               |                 |                    |      |
|--------------------------------------|---------------|-----------------|--------------------|------|
| Geburtsdatum                         |               |                 |                    |      |
| Rasse / Geschlecht                   |               |                 |                    |      |
| Kastriert                            | ( ) nein      | ( ) ja          |                    |      |
| Gewicht                              | k             | g               |                    |      |
| Herkunft                             | ( ) Züchter ( | ) privat ( ) Au | usland ( ) Tiersch | nutz |
| besondere Kennzeichen                |               |                 |                    |      |
| la ala a sa d'alsa d'ass Tiassa sunt |               |                 |                    |      |
| behandelnder Tierarzt                |               |                 |                    |      |
| Diagnose/Therapie                    |               |                 |                    |      |
| spezielle Anweisungen TA             |               |                 |                    |      |
| aktuelles Blutbild vorh.             | ( ) nein      | ( ) ja → biti   | te mitbringen      |      |
| Untersuchungsbericht                 | ( ) nein      | ( ) ja → biti   | te mitbringen      |      |
| Operationen                          | ( ) nein      | ( ) ja          |                    |      |
| falls ja: welche? wann?              |               |                 |                    |      |
| operierender Tierarzt                |               |                 |                    |      |

| Medikamente (auci   | 1 N | iomoopatisc | ne      | е меак | ame  | nte)  |         |           |     |  |
|---------------------|-----|-------------|---------|--------|------|-------|---------|-----------|-----|--|
| welche? Dosierung   | ?   |             |         |        |      |       |         |           |     |  |
|                     |     |             | • • • • |        |      |       |         |           |     |  |
|                     |     |             |         |        |      |       |         |           |     |  |
| Nahrungsergänzun    | gsı | mittel      |         |        |      |       |         |           |     |  |
| Weitere Angaben z   | ur  | Haltung:    |         |        |      |       |         |           |     |  |
| ( ) Familienhund    | (   | ) Sporthun  | d       | (      | ) Di | enstl | hund    | ( ) Jagdh | und |  |
|                     | (   | ) Wohnung   | J       | (      | ) Ga | irten | /Hof    | ( ) Zwing | er  |  |
| Katze               | (   | ) Freigänge | er      | (      | ) W  | ohnu  | ıng     |           |     |  |
| liegt gern          | (   | ) warm      | (       | ) kalt |      | ( )   | weich   | ( ) hart  |     |  |
| Spaziergänge tgl.   | (   | ) 1 x       | (       | ) 2 x  |      | ( )   | 3 x     | Dauer     |     |  |
| Hundesport          | (   | ) nein      | (       | ) ja - | wel  | chen  | ı?      |           |     |  |
| wie oft wöchentlich | 1 ( | ) 1 x       | (       | ) 2 x  |      | ( )   | 3 x     | Dauer     |     |  |
| Futter              |     |             |         |        |      |       |         |           |     |  |
| Aktuelle Impfung    |     | ( ) ne      | in      | (      | ) ja |       |         |           |     |  |
| Entwurmung          |     | ( ) ne      | in      | (      | ) ja |       |         |           |     |  |
| Auslandsaufenthalt  | e   | ( ) ne      | in      | (      | ) ja | → V   | vann?   |           |     |  |
| Mittelmeerkrankhei  | ter | n () ne     | in      | (      | ) ja | → V   | velche? |           |     |  |
|                     |     |             |         |        |      |       |         |           |     |  |
|                     |     |             |         |        |      |       |         |           |     |  |
| Datum, Unterschrif  | t B | Besitzer    |         |        |      |       |         |           |     |  |
|                     |     |             |         |        |      |       |         |           |     |  |
|                     |     |             |         |        |      |       |         |           |     |  |