

Name, Anschrift des Halters*:

Name, Anschrift des Tieres*:

Gattung*: Pferd Hund Katze Andere: welche:

Name des Tieres* Kaufname:

Geburtsdatum*, -ort*, -zeit:

Alter bei Übernahme des Tieres:

Vorgeschichte des Tieres:

Jetzige Beschwerden oder Anlass der Testung:

Liegt Übergewicht vor? Ja Nein Wenn ja wieviel:

Krankheiten: bitte die zutreffenden unterstreichen und anderes ergänzen

Pferd: Kolik, Hufrehe, Mauke, Lahmen, Strahlfäule, Arthrose, Sommerekzem, Spahn, andere:

Hund: Ohrenentzündung, Parasiten, Diabetes mellitus, Hüftgelenk-Dysplasie, Allergien, andere:

Katze: Katzenschnupfen, Katzenseuche, Nierenschwäche, Katzendiatetes, Schilddrüsen, andere:

Anzahl der entfernten Organe: Σ

Welche:

Anzahl der Medikamentengruppen:
z.B.: Kreislauf, Rheuma, Demenz, Schilddrüse, Herz

Σ

Anzahl der Hormon-Medikamente:
z.B.: Cortison, chem. Kastration, Schilddrüse

Σ

Indirekter Rauch: (wird im Haushalt oder Stall geraucht?) Ja Nein Menge

Anzahl fehlender oder schlechter **Zähne:** schlechte fehlende

Futter und Futterzusätze: was und wie häufig füttern Sie?

Anzahl bekannter **Allergien:** Σ

Anzahl der ungelösten **mental**en Faktoren Skala 1 – 10:
z.B. ungelöste Stressmomente und Traumata. Gibt es Folgesymptome?

Verantwortlichkeit für die Tiergesundheit (betrifft Halter) Skala 1 – 10:

Fett in der Nahrung in % Skala 1 – 10:

Index für den **Stress des Tieres:** Skala 1 – 10:

Bei Angabe über 7, bitte den Bereich unterstreichen, den es betrifft:

- Schule/Beruf: hast Du zu wenig Zeit und bist selber total gestresst, wenn du bei deinem Tier ankommst, oder soll das Tier Dinge lernen, mit denen es Schwierigkeiten hat?
- Familie: gibt es innerhalb des Rudels (Familie), der Herde Streitigkeiten, Rankämpfe?
- Freunde: hat dein Tier Kontakt oder hat es gerade einen treuen Freund verloren?
- Gesundheit: ist dein Tier chronisch krank und muss z.B. Einiges an Behandlung mitmachen?
- Sonstiges:

Leckerlies pro Tag: Ca. Anzahl in Gramm welche:

Anzahl der Trainingseinheiten: z.B. Ausritte, Spaziergänge pro Woche:

Anzahl der Kontakte mit **Chemie und Strahlung** Skala 1 - 10:
(in der Regel min. 3 durch Handy, PC, Asbest etc.)

Anzahl der schweren **Verletzung** in der Vergangenheit Σ
Brüche, Unfälle, schwere Operationen

Anzahl der schweren **Infektionen** in der Vergangenheit