

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, Katzendiaabetes, 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