



Fragebogen zur Anamnese

Pferd

Daten vom Tierbesitzer

| | | | |
|---------------|-------|-----------|-------|
| Vorname: | _____ | Nachname: | _____ |
| Telefon: | _____ | E-Mail: | _____ |
| Straße & Nr.: | _____ | PLZ, Ort: | _____ |

Daten vom Patienten

| | | | |
|---------------|---|-------------|---|
| Name: | _____ | Rasse: | _____ |
| Geburtsdatum: | _____ | Alter: | _____ |
| Geschlecht: | <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich | Kastration: | <input type="checkbox"/> ja, Datum: _____ |
| Futter: | _____ | | |
| Herkunft: | _____ | Hinweise: | _____ |

Impfungen & Parasitenprophylaxe

| | | | | |
|-----------------|--------|-------|------------|-------|
| Letzte Impfung: | Datum: | _____ | Impfstoff: | _____ |
|-----------------|--------|-------|------------|-------|

| | | | | |
|-----------------|--------|-------|------------|-------|
| Letzte Wurmkur: | Datum: | _____ | Wirkstoff: | _____ |
|-----------------|--------|-------|------------|-------|

Sonstige Präparate: _____

Krankheitsgeschichte

| | | | |
|------------------|-------|------------|-------|
| Vorerkrankungen: | _____ | Seit wann: | _____ |
| | _____ | Seit wann: | _____ |

| | | | |
|--------------|-------|------------|-------|
| Medikamente: | _____ | Dosierung: | _____ |
| | _____ | Dosierung: | _____ |

Allergien: _____

Operationen: nein ja, welche: _____

Tierarzt: _____

Fragebogen zur Anamnese

Pferd

Vorstellungsgrund

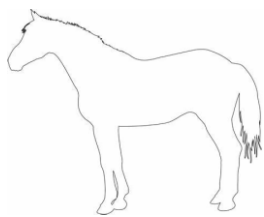
Grund / Problem: _____ Seit wann: _____

_____ Seit wann: _____

Frühling Sommer Herbst Winter

Beschreibung: _____

Bitte anzeichnen: _____



Sind weitere Tiere bei Ihnen betroffen? nein ja, welche: _____

Wie oft setzt Ihr Tier Kot ab? 1-2x täglich mehr als 2x

Wie sieht der Kot Ihres Tieres aus?
 • Farbe, Konsistenz, Geruch _____

Welche Diagnosen wurden bereits diagnostiziert? _____

Welche Behandlung wurde bereits durchgeführt & gab es einen Erfolg? _____

Welche Untersuchungen liegen vor? Blut Urin Kot _____ _____

Symptome

| | | | |
|---|--|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Haarverlust | <input type="checkbox"/> Ausschlag | <input type="checkbox"/> Pickel | <input type="checkbox"/> Rötung |
| <input type="checkbox"/> Juckreiz | <input type="checkbox"/> Husten | <input type="checkbox"/> Appetitverlust | <input type="checkbox"/> Lahmheit |
| <input type="checkbox"/> Niesen | <input type="checkbox"/> Nasenausfluss | <input type="checkbox"/> Durchfall | <input type="checkbox"/> Kotwasser |
| <input type="checkbox"/> vermehrtes Trinken | <input type="checkbox"/> vermehrter Urin | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |