



## Patientenfragebogen Hund

Bitte vor dem ersten Termin ausfüllen und zurücksenden  
per Mail an: [mail@tiergesundheit-weserbergland.de](mailto:mail@tiergesundheit-weserbergland.de)  
oder per Fax an: 05286/990739

### Halter\*in

Name: \_\_\_\_\_

Straße/Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

### Patient

Name: \_\_\_\_\_

Geschlecht:       Rüde                       Hündin

Kastriert:         Nein                       Ja, seit: \_\_\_\_\_

Rasse: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Bei Halter\*in seit: \_\_\_\_\_

Vorbesitzer? \_\_\_\_\_

Größe/Gewicht: \_\_\_\_\_ cm                      \_\_\_\_\_ kg

Fellfarbe: \_\_\_\_\_

### Haltung und Einsatz

Haltungsform:     Wohnung/Haus       Garten/Hof             Zwinger

Einsatz:             Familienhund         Sport-/Diensthund (bitte näher ausführen)

\_\_\_\_\_

Futter: \_\_\_\_\_

Fütterungshäufigkeit: \_\_\_\_\_

Bewegung pro Tag: \_\_\_\_\_

Wie wird der Hund geführt?       Halsband                       Geschirr

Weitere Hunde im Haushalt?       ...Nein                       Ja, Anzahl: \_\_\_\_\_



## **Patientenfragebogen Hund**

Bitte vor dem ersten Termin ausfüllen und zurücksenden  
per Mail an: [mail@tiergesundheit-weserbergland.de](mailto:mail@tiergesundheit-weserbergland.de)  
oder per Fax an: 05286/990739

### **Haustierarzt/ärztin:**

Name:

---

Anschrift:

---

Telefon:

---

### **Grund für die gewünschte Behandlung:**

(z. B. tierärztliche Diagnose, Problembeschreibung, Empfehlung)

### **Gesundheitliche Vorgeschichte (soweit bekannt):**

(z. B. akute od. chronische Vorerkrankungen; Tumore, Unfälle; Operationen; Allergien;  
Gendefekte)

### **Aktuell und/oder regelmäßig verabreichte Medikamente:**