

# Fragebogen



<b>Hundename:</b>	Chip-Nr.:
Rasse:	Geburtsdatum:
Gewicht:	Schulterhöhe:
Geschlecht: <input type="checkbox"/> Hündin <input type="checkbox"/> Rüde	kastriert: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Nein

<b>Tierbesitzer:</b>	Notfallkontakt:
Adresse:	
PLZ/Ort:	
Handy:	
Telefon G:	
Telefon P:	
e-mail:	

<b>Tierarzt:</b>	Telefon:
Krankheiten: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche	
Allergien: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche	
Medikamente:	Indikation:
sonstiges	

Letzte Impfungen:	Bitte Pass 1 x Jahr vorweisen
Letzte Entwurmung:	
Flohprophylaxe:	

<b>Hundeverhalten:</b>	
Ist Ihr Tier gut sozialisiert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein - warum nicht?
Fühlt sich Ihr Tier wohl im Rudel?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein - warum nicht?
Hat Ihr Tier Angst vor Menschen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja - warum?
Hat Ihr Tier Angst vor Hunden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja - warum?
Hat Ihr Tier Leinenzwang?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja - warum?
Reisst Ihr Tier aus?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Jagt Ihr Tier Katzen andere Tiere?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Ist Ihr Tier ein allgemeiner Jäger?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Springt Ihr Tier Menschen an?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja - Situation?
Knurrt/bellt Ihr Tier bei Menschen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja - Situation?
Ist Ihr Tier ein beller?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja - warum?
Markiert Ihr Tier im Haus?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Zerstört Ihr Tier Gegenstände?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Was ängstigt Ihr Tier?	<input type="checkbox"/> Staubsauger, <input type="checkbox"/> Gewitter, <input type="checkbox"/> Feuerwerk ect.
Was ist vorherrschend?	<input type="checkbox"/> futtertrieb <input type="checkbox"/> spieltrieb <input type="checkbox"/> weder noch
Wieviel Auslauf ist Ihr Tier gewohnt?	

War Ihr Tier schon in einem Hort?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, warum wechseln Sie?
-----------------------------------	--

<b>Fütterung:</b>	
Wann bekommt Ihr Tier Futter	<input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> Abends
Was bevorzugt Ihr Tier?	<input type="checkbox"/> Trockenfutter <input type="checkbox"/> Nassfutter

Datum:	Unterschrift
--------	--------------