

# Erstaufnahme-Bogen Hund Datum: \_\_\_\_\_



## Tier:

Name des Tieres: \_\_\_\_\_ Tierart: \_\_\_\_\_

Rasse: \_\_\_\_\_ Geb.: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

m  w  kastriert  sterilisiert  trächtig, Termin am \_\_\_\_\_  hat bereits geboren \_\_\_\_\_

Im Besitz seit: \_\_\_\_\_  Privatverkauf  Züchter  Händler  zugelaufen  Tierschutz, Land: \_\_\_\_\_

## Besitzer:

Name: \_\_\_\_\_ Mobil-Nr.: \_\_\_\_\_

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

Anschrift: \_\_\_\_\_

---

## Allgemeines:

Aktuelle bestehende Impfungen:

Staupe  HCC (Hepatitis contagiosa canis)  Leptospirose  Tollwut  Zwingerhusten

Parvovirose (Katzenseuche)  Borreliose  \_\_\_\_\_

Letzte Impfung am \_\_\_\_\_ gegen \_\_\_\_\_ Fabrikat \_\_\_\_\_

Letzte Kotanalyse am \_\_\_\_\_ Ergebnis \_\_\_\_\_

Letzte Wurmkur am \_\_\_\_\_ Fabrikat / Wirkstoff \_\_\_\_\_

Behandelnder Tierarzt: \_\_\_\_\_

Konstitution:  normal  kräftig  schwach bemuskelt / knochig  normal  dick  dünn

fit  schnell erschöpft  wetterfülig  friert schnell  schwitzt schnell

schwitzt viel  schwitzt wenig  intensiver Schweißgeruch

Nutzung:  Wohnung/ Haus  mit Garten  Hofhund  Zwinger  einzeln  Rudel

Haltung:  Wohnung/ Haus  mit Garten  Hofhund  Zwinger  einzeln  Rudel

Gemischte Gruppe  Alter der Rudel von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Jahren  Anzahl \_\_\_\_\_

Bewegung/  Agility  Fährtenarbeit  Obedience  Therapie  \_\_\_\_\_

Nutzung: \_\_\_\_\_

Lieblingsplatz: \_\_\_\_\_  variiert



Fütterung: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

nimmt dabei zu    bleibt gleich    nimmt dabei ab

Unverträglich- \_\_\_\_\_  
keiten: \_\_\_\_\_

Allergien: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ruhe/ Schlaf:  normal    viel    wenig

Bevorzugte Zeit und Ort: \_\_\_\_\_

Appetit:  normal    mäkelig    verfressen    überfrisst sich  
 frisst eigenen Kot    frisst fremden Kot    frisst \_\_\_\_\_

Durst:  normal    trinkt viel    trinkt wenig    trinkt selten    trinkt oft    \_\_\_\_\_

Kot:  normal    weich    vermehrt    wechselnd    stinkend  
 Neigung zu Blähungen    stinkend    geruchlos  
 Neigung zu Durchfall    hell    dunkel    schleimig    Farbe / Blut: \_\_\_\_\_

Urin:  normal    häufig    selten    große Mengen    kleine Mengen  
 klar    dunkel    milchig    mit dunklem Blut    mit hellem Blut    mit Schleim

Läufigkeit (w): Intervall:  normal    häufig    selten   Art:  normal    heftig    unauffällig

Ausdünstungen / Geruch / Körpergeruch / Ausscheidungen.

unauffällig    riecht extrem nach Tier    gammelig / wie faule Eier    fischig  
 süßlich    säuerlich    metallisch    nach Urin    \_\_\_\_\_

## Behandlungsgrund / Ursache / Symptome & Begleitsymptome / Zeitfenster:

**Bitte bedenken Sie hierbei die folgenden Punkte:**

- Was ist der Grund für diesen Termin?
- Seit wann besteht das Problem? Ist eine Ursache bekannt und wenn ja, welche?
- Gab es kleine Anzeichen im Vorfeld?
- Gab es ein besonderes Ereignis vor Auftreten des Symptomes?
- Welche körperlichen Symptome gibt es und seit wann bestehen sie?
- Gibt es bestimmte Lokalsymptome und wenn ja, seit wann bestehen sie?
- Welche geistigen / seelischen Symptome gibt es und seit wann bestehen sie?
- Gibt es Begleitsymptome und seit wann bestehen sie?
- Gibt es Verhaltensauffälligkeiten und seit wann bestehen sie?
- Sind die Symptome kontinuierlich oder treten sie nur zeitweise auf? bleiben sie?



A series of horizontal lines for writing, starting from the top left and extending across the page. The lines are evenly spaced and cover most of the page area.



### Modalitäten:

Zustand verbessert sich durch:  Ruhe  Bewegung  Kälte

Wärme  Nässe  Trockenheit  nachts  tagsüber

---

Zustand verschlechtert sich durch:  Ruhe  Bewegung  Kälte

Wärme  Nässe  Trockenheit  nachts  tagsüber

---

Vorlieben: \_\_\_\_\_ (auch: Futter)

Abneigungen: \_\_\_\_\_ (auch: Futter)

### Aktuelle Schulmedizinische Behandlungen:

[Art der Behandlung, Medikation, Ruhe/ Stehen, Klinikaufenthalt o.Ä.]

---

---

---

---

---

### Schulmedizinische Diagnosen / Befunde / Laboruntersuchungen / Röntgenbilder:

[Bitte alle verfügbaren Unterlagen abgeben]

---

---

---

---

---

---

---

---

### Bekannte Organerkrankungen:

Herz  Lunge  Darm  Leber  Nieren  Bauchspeicheldrüse

---

---

---

---

---



### Erkrankungen des Bewegungsapparates:

- Wirbelsäule    Muskeln    Sehnen    Bänder    Kreuzbänder
- Hinterhand    rechts    links                       Vorderhand    rechts    links
- Hüfte    rechts    links    HD                       Schulter    rechts    links
- Knie    rechts    links                                       Ellenbogen    rechts    links    ED
- Sprunggelenk    rechts    links                       Karpalgelenk    rechts    links

Lahmheiten:    Bewegung verbessert / läuft sich ein    Bewegung verschlechtert

weicher Boden verschlechtert    harter Boden verschlechtert

Letzte osteopathische Behandlung am \_\_\_\_\_ durch \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

### Bisherige Erkrankungen / Operationen / Verhaltensauffälligkeiten:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### Vergangene Schulmedizinische Behandlungen:

*[Grund & Art der Behandlung, Medikation (Medikament, Darreichungsform, Dosis, Dauer) etc.]*

---

---

---

---

---

---

---

---



### Gemüt / Wesen:

- extrovertiert  introvertiert  neugierig / interessiert  desinteressiert
- zurückhaltend  dominant  launisch  eifersüchtig  gutmütig
- ruhig  ausgeglichen  souverän  unsicher  hektisch  ängstlich
- nervös  schreckhaft  unberechenbar  verspielt  übermütig
- temperamentvoll  streitsüchtig  friedliebend  sehr intelligent
- nicht so schlau  anhänglich  menschenbezogen  handscheu
- ist nicht gerne alleine / weg von Artgenossen
- berührungsempfindlich  grundsätzlich schmerzempfindlich  leidend  hart im Nehmen
- Angst vor Fremden  Angst vor Männern  Angst vor lauten Geräuschen  Angst vor Spritzen
- Angst / Schreckhaft vor: \_\_\_\_\_
- Verhalten anderen gegenüber: \_\_\_\_\_
- Verhalten, wenn er alleine ist: \_\_\_\_\_
- Bellt, wenn: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Beisst, wenn: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Sinnesorgane:

- Zähne:**  noch Milchzähne  lückenhaft  Zahnsteinbildung
- Maul:**  entzündet  rot  rosa  blass  weiss  gelb  Auffälliger Geruch: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Nase:**  beidseitig  nur rechts  nur links  Ausfluss  klar  weiss  eitrig  
\_\_\_\_\_
- Augen:**  beidseitig  nur rechts  nur links  Bindehaut gerötet  Bindehaut geschwollen  
 Ausfluss  klar  eitrig  zäh  \_\_\_\_\_
- Ohren:**  beidseitig  nur rechts  nur links  Absonderungen \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Schmerzen:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Fell & Haut:

- Haut:  normal  fettig  trocken  schuppig  \_\_\_\_\_
- Analdrüsen:  verstopft  selten  häufig Letztes Mal (Zeitpunkt): \_\_\_\_\_
- Fell:  normal  glänzend  stumpf  trocken  Haarausfall  riecht nach \_\_\_\_\_

