

Erstaufnahme-Bogen Katze Datum: _____



Tier:

Name des Tieres: _____ Tierart: _____

Rasse: _____ Geb.: _____ Gewicht: _____ kg

m w kastriert sterilisiert trächtig, Termin _____ hat bereits geboren _____

Im Besitz seit: _____ Privatverkauf Züchter zugelaufen Tierschutz, Land: _____

Besitzer:

Name: _____ Mobil-Nr.: _____

Email: _____ Telefon: _____

Anschrift: _____

Allgemeines:

Aktuelle bestehende Impfungen:

Katzenseuche Katzenschnupfen Tollwut Leukose _____

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 wetterfühlilig friert schnell schwitzt schnell

schwitzt viel schwitzt wenig intensiver Schweißgeruch

Haltung: Wohnungskatze Freigänger Stallkatze Zusammen mit (Anz) _____

Gemischte Gruppe Alter der Rudel von ____ bis ____ Jahren Anzahl _____

Lieblingsplatz: _____ variiert

Fütterung: _____

nimmt dabei zu bleibt gleich nimmt dabei ab

Unverträglich- _____

keiten: _____

Allergien: _____



Ruhe/ Schlaf: normal viel wenig

Bevorzugte Zeit: _____

Bevorzugter Ort: _____

Appetit: normal mäkelig verfressen überfrisst sich

Durst: normal trinkt viel trinkt wenig

trinkt selten aber viel trinkt oft aber wenig

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

Ausdünstungen / Geruch / Körpergeruch / Ausscheidungen.

unauffällig riecht extrem nach Tier gammelig / wie faule Eier fischig

süßlich säuerlich metallisch nach Urin _____

Aktuelle Erkrankungen:

Katzenseuche/ Staupe/ Panleukopenie/ Parvovirose^V Katzenschnupfen^V Tollwut^V Leukose

FIV (Feline Immundefizienz-Virus)^V FIP (Feline infektiöse Peritonitis)^V [Titer vor Impfung]

Aujezkyschoe Krankheit/ Pseudowut^V Toxoplasmose

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?



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
- Hinterhand rechts links Vorderhand rechts links
- Hüfte rechts links Schulter rechts links
- Knie rechts links Ellenbogen rechts links
- 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 es alleine ist: _____



Sinnesorgane:

- Zähne:** noch Milchzähne lückenhaft Zahnsteinbildung FORL
- 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 3. Augenlid/ Nickhaut
- _____
- Ohren:** beidseitig nur rechts nur links Absonderungen _____
- Schmerzen:** _____
- _____

Fell & Haut:

- Haut:** normal fettig trocken schuppig _____
- Fell:** normal glänzend stumpf trocken Haarausfall riecht nach _____
- Fellwechsel:** normal früh spät Husten im Fellwechsel
- Pathologien:** Flöhe Läuse Haarlinge Parasiten _____
- Am stärksten betroffene Stelle: _____
- Narben:** Sonstige empfindlich / störend heiß kalt großflächig
- _____

