	Anamnesebogen Katze Datum:			
Persönliche Angaben de	acr			
Vorname, Nachname:	- Natural Paris Practical Paris Pari			
Straße, Hausnummer:				
PLZ, Ort:	Huf & Pfote Inh. Ilona Wagner Untere Gasse 23 A 97877 Wertheim Phone +49 (0) 176 325 745 95			
Telefon, Handy:				
E-Mail:			_	
Allgemeine Informatione	en zum Tier		Absolventin der ATM-Akademie fü	
Name:			Tiernaturheilkund	
Geschlecht	O Katze	O Kater	O kastriert	
Geburtsdatum / Alter	Rasse			
Kastrationsdatum	Fellfarbe			
O Chipnummer / Tätowieru	o Passnummer E	U-Heimtierausweis		
Gewicht	Kg:			
Zeckenprophylaxe	O Ja Ar			
M	:~?\			
Wurmkur (Wann, wie häufi	g:)			
Impfungen (Wann, welche?	D)			
	P)			
Impfungen (Wann, welche?	?) Vann, was genau?)			
Impfungen (Wann, welche? Letzte Zahnbehandlung (V Bekannte Allergien (Welch	Vann, was genau?) e, was genau?)			
Impfungen (Wann, welche? Letzte Zahnbehandlung (V	Vann, was genau?) Je, was genau?) Jestände			
Impfungen (Wann, welche? Letzte Zahnbehandlung (V Bekannte Allergien (Welch Haltung und Lebensum	Vann, was genau?) Je, was genau?) Jestände	re im Haushalt:		
Impfungen (Wann, welche? Letzte Zahnbehandlung (V Bekannte Allergien (Welch Haltung und Lebensum O Einzelhaltung	Vann, was genau?) e, was genau?) estände O andere Tie	re im Haushalt:		
Impfungen (Wann, welche? Letzte Zahnbehandlung (Wann) Bekannte Allergien (Welche) Haltung und Lebensum O Einzelhaltung O Freigänger	Vann, was genau?) e, was genau?) estände O andere Tie O Wohnungs	re im Haushalt:		
Impfungen (Wann, welche? Letzte Zahnbehandlung (Wann) Bekannte Allergien (Welche) Haltung und Lebensum O Einzelhaltung O Freigänger O Kinder im Haushalt:	Vann, was genau?) e, was genau?) estände O andere Tiel O Wohnungs erschutz etc.):	re im Haushalt:		
Impfungen (Wann, welche? Letzte Zahnbehandlung (Wann) Bekannte Allergien (Welche) Haltung und Lebensum O Einzelhaltung O Freigänger O Kinder im Haushalt: O Herkunft des Tieres (Ti	Power of the control	re im Haushalt: katze		
Impfungen (Wann, welche? Letzte Zahnbehandlung (Wann) Bekannte Allergien (Welch) Haltung und Lebensum O Einzelhaltung O Freigänger O Kinder im Haushalt: O Herkunft des Tieres (Tieres)	Power of the control	re im Haushalt: katze		



Fütterung und Trinkverh	alten			
Futter:	O Nassfutter	O Tro	ockenfutter	
O 24/7	O morgens	O mi	ttags	O abends
Grundfütterung (Futterarter	ı, Marke, Menge angeb	en) Zusa	tzfutter (Leckerlie, Futter	arten, Marke, Menge angeben)
Bitte beschreiben Sie die I	Fressgewohnheiter	n des Tieres		
O gerne		O gierig / schnell O langsam		
O normal	O hat immer Hunger O lässt Essen stehen			
Sonstiges / Anmerkungen	zum Futterverhalt	en (Veränderunge	n / Erbrechen)	
Steht täglich frisches Was	ser zur Verfügung	O Ja	0	Nein
Tägliches Trinkverhalten				110
O auffallend viel		wenig	() normal
Anmerkungen:		U		
Kotabsatz wenn bekannt				
Farbe: Gibt es Auffälligkeiten v			Kot (Blut)?	
Konsistenz: Ist der Kot weich,				
Oberflächenbeschaffenhe				
Unverdaute Nahrungsbes	tandteile: Sind unver	dautes Futter oder Fre	mdkörper sichtbar?	
Anzahl pro Tag:				
Anmerkungen:				
Urinabsatz wenn bekannt	t			
	elten	O regelmäßig	O kleine Menge	O große Menge
Die Farbe des Urins ist:	O wässrig/hell		ensiv/gelb	O dunkel bis schwarz
Der Urin riecht:	O auffällig		uffällig	
Sonstiges / Anmerkungen				
	·			

_ 4	
7	
7	
	<u> </u>
_	

Modalitäten Allgemeinbefinden? Letzte Rolligkeit?
Auffällige Gewichtszunahme oder Abnahme?
Augenausfluss?
Verhalten und Charakter:
Charakter des Tieres (Einzelgänger, verschmust, ängstlich etc.)
Hat Ihr Tier vor etwas speziellem Angst?
Verhalten gegenüber anderen Tieren?
Verhalten gegenüber Menschen?
Aktuelles Anliegen: Was ist der Grund der Behandlung?
BehandeInde Fachpersonen (Bitte geben Sie an, ob Ihr Tier bereits behandelt wurde, und durch wen.): □ Tierarzt/Tierklinik (Name und Kontakt, falls verfügbar):
☐ Tierheilpraktiker (Name und Kontakt, falls verfügbar):
☐ Physiotherapeut/Osteopath (Name und Kontakt, falls verfügbar):
Bestehende Diagnosen: Wurden Diagnosen gestellt? Ja Nein Wenn ja, welche:
Befundübermittlung: Sind Befunde, Therapiepläne oder sonstige relevante Unterlagen vorhanden? □ Ja □ Nein
Falls ja, dürfen wir den behandelnden Tierarzt oder Therapeuten für die Übermittlung kontaktieren? 🗆 Ja, ich stimme zu
Vorerkrankungen / Medikamente: Gibt es Vorerkrankungen / Verletzungen? □ Ja □ Nein Wenn ja, welche:
Bekommt Ihr Tier derzeit Medikamente? □ Ja □ Nein Wenn ja, welche:



Wodurch verbessern oder verschlechtern sich Symptome? (Kälte, Wärme, morgens, abends)				
Durch welche Ursache entstand das Problem? Wie war der Verlauf bisher? Erstes Auftreten?				
Gibt es noch etwas, was Ihnen zu Ihrem Tier einfällt?				

Bitte senden Sie vorhandene Befunde, Operationsberichte oder Röntgenaufnahmen zusammen mit dem vollständig ausgefüllten Anamnesebogen und dem Impfausweis (Kopie) im Vorfeld an uns. Je detaillierter und vollständiger Sie den Anamnesebogen ausfüllen, desto reibungsloser und effizienter können wir den Termin für Ihre Katze gestalten.