



Timmermann & Ternes • Friedrich-Ebert-Str. 40 • 66763 Dillingen
06831/9866430
nfo@tierarztpraxis-dillingen.de

Anamnesebogen Kleine Heimtiere

Besitzer

Vor- und Nachname: _____

Handy Nummer: _____ Email Adresse: _____

Angaben zum Tier

Name: _____ Rasse: _____

männlich weiblich kastriert ja nein

Haltung (Kaninchen, Frettchen, Meerschweinchen)

ganzjährige Außenhaltung zeitweise Außenhaltung

ganzjährige Haltung im Haus

weitere Tiere im Haushalt (wenn ja welche?) _____

Vorstellungsgrund des Tieres

Seit wann beobachten Sie die Symptome bei Ihrem Tier?(bitte möglichst genau)

Wie äußern sich die Krankheitszeichen Ihres Tieres (bitte möglichst genau)

Bringen Sie mit dem Auftreten der Symptome irgendein Ereignis in Verbindung? (evtl. Sturz, Kampf,..)

Verdauungsapparat

Wie ist die Futteraufnahme bzw. der Appetit Ihres Tieres für gewöhnlich?

Schlecht

normal

gut

sehr gut

übermäßig

Welche Kotmenge setzt ihr Tier pro Absatz ab?

wenig

normal

viel

sehr viel

Welche Konsistenz hat der Kot?

Wässrig

weich

normal geformt

Enthält der Kot Beimengungen (z.B. Blut, Schleim..), wenn ja welche?

Zähne

Sind Zahnprobleme bekannt (insbesondere Kaninchen und Meerschweinchen)?

Trinkverhalten

Trinkt Ihr Tier eher

wenig

normal

viel

sehr viel

und hat sich dieses Trinkverhalten in der letzten Zeit (Wochen/Tage) verändert?
Wenn ja wie?

Zeigt Ihr Tier Allgemeinsymptome?

Ja Nein Wenn ja welche?

- Niesen Ja Nein Wie oft?
- Husten Ja Nein Wie oft?
- Durchfall Ja Nein Wie oft?
- Erbrechen (Nur Frettchen) Ja Nein

Wie oft? (z.B. mehrmals am Tag, mehrmals in der Woche,...)

Wann erbricht es? (z.B. morgens nüchtern, direkt nach der Futteraufnahme, sobald es Wasser aufgenommen hat,...)

Was erbricht es? (z.B. Futter, gelblichen Schleim,...)

- Atemprobleme Ja Nein

Wie oft (z.B. den ganzen Tag über, nachts vermehrt,...)

- Wann (nur unter Anstrengung/in Ruhe/immer im Frühjahr,...)

Falls ja, wie verhält sich Ihr Tier abgesehen davon?

• munter/normal

• etwas ruhiger als sonst

• schlapp

• zieht sich zurück

• sonstiges _____

Vorbehandlung

Medikamente: _____

Datum und Dauer: _____

Wirkung (hat die Behandlung geholfen?): _____

vorausgegangene Untersuchungen/ Labortests/Röntgen? (Wann? In welchem Zusammenhang-
Routine oder krankheitsbedingt?)

Sonstiges (Was erscheint Ihnen sonst noch wichtig im Zusammenhang mit der Vorstellung?)