

Fragebogen

Fachbereich Reptilien

Liebe Tierhalter, wir freuen uns, dass Sie sich für unsere Klinik entschieden haben und uns Ihr geliebtes Tier anvertrauen. Bevor wir beginnen, bitten wir Sie sich einen Moment Zeit zu nehmen. Mit Ihrem Input durch diesen Fragebogen können wir uns besser auf die Untersuchung vorbereiten und den Anamneseprozess optimieren.

Tierhalter

Name: _____

Patient

Name: _____

Art: _____

Alter: _____

Geschlecht: Männlich
 Weiblich
 Unbekannt

Kastriert

Im Besitz seit: _____

Herkunft: (Privat-) Züchter
 Wildfang

Eiablage: Ja, letzte am: __/__/20__
 Nein

Letzte Häutung: __/__/20__ (falls zutreffend)
War sie an einem Stück? Ja Nein

Haltung

Freilandhaltung Ja Nein

Ganzjährig Ja Nein

Haltung Terrarium Aquarium
 Teich Paludarium

Maße in cm: Länge: ____ Höhe: ____ Breite: ____

Temperatur: Tag _____ °C

Nacht _____ °C

Hot Spot _____ °C

Luftfeuchtigkeit: _____ %

Bodensubstrat Feucht Trocken

Bodensubstrat-Art: _____

Einrichtung Wasserschale Pflanze(n)

Beleuchtung Ja, ____ Std/Tag Nein

Art(en) und Alter: _____

Einzelhaltung Gruppenhaltung

Bei Gruppenhaltung:

Bitte Anzahl und Geschlecht der Partnertiere angeben:

Vergesellschaftung mit anderen Arten?

Ja, _____ Nein

Verhalten

Gibt es saisonale Verhaltensänderungen?

Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Winterruhe Ja Nein

Wie? _____

Fütterung

Wo und wie füttern Sie? (Bei Schlangenhaltung)

Was?	Wie oft?

Vitamine: Ja, ____ mal/Woche Nein

Mineralstoffe: Ja, ____ mal/Woche Nein

Bitte wenden -->

Vorerkrankungen

Vorbefunde / Labordiagnostik

Kotprobe: Ja, Wann? _____ Nein

Gab es schon einmal eine Laboruntersuchung?

Ja (Bitte unten ankreuzen) Nein

Bakterien/Viren	Ergebnis		Viren	Ergebnis	
<input type="radio"/> Mykoplasmen	<input type="radio"/> Positiv	<input type="radio"/> Negativ	<input type="radio"/> Adeno	<input type="radio"/> Positiv	<input type="radio"/> Negativ
<input type="radio"/> Herpes	<input type="radio"/> Positiv	<input type="radio"/> Negativ	<input type="radio"/> Reptarena	<input type="radio"/> Positiv	<input type="radio"/> Negativ
<input type="radio"/> Picorna	<input type="radio"/> Positiv	<input type="radio"/> Negativ	<input type="radio"/> Paramyxo	<input type="radio"/> Positiv	<input type="radio"/> Negativ
<input type="radio"/> Rana	<input type="radio"/> Positiv	<input type="radio"/> Negativ	<input type="radio"/> Reo	<input type="radio"/> Positiv	<input type="radio"/> Negativ

Vorstellungsgrund

Symptome (bitte zutreffendes ankreuzen):

- | | | | |
|--|--|---|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> Gewichtsverlust | <input type="radio"/> Deformierte Gliedmaßen | <input type="radio"/> Lethargie/Inaktiv | <input type="radio"/> Durchfall |
| <input type="radio"/> Appetitlosigkeit | <input type="radio"/> Weichheit des Panzers | <input type="radio"/> Atembeschwerden | <input type="radio"/> Kein Kotabsatz |
| <input type="radio"/> Gewichtszunahme | <input type="radio"/> Lahmheit | <input type="radio"/> Auge geschwollen | <input type="radio"/> Erbrechen |
| <input type="radio"/> Heißhunger | <input type="radio"/> Wunde | <input type="radio"/> Milben | |

Vielen Dank für Ihre Unterstützung! Bitte geben Sie das ausgefüllte Formular an der Anmeldung ab. Wir wünschen Ihnen und Ihrem Schützling eine angenehme Sprechstunde.

Ihr Klinikteam