



FRAGEBOGEN VERHALTEN

Für eine möglichst genaue Einschätzung Ihres Tieres benötigen wir umfassende und detaillierte Informationen. Bitte senden Sie den vollständig ausgefüllten Bogen an mail@tiervershalten-zurr.de. Alle Angaben werden vertraulich behandelt. Bitte beachten Sie die aktuellen Datenschutzbestimmungen unter www.tiervershalten-zurr.de/datenschutz und **bestätigen Sie Ihr Einverständnis:**

Ich habe die Datenschutzerklärung gelesen.

Mit der Zusendung des ausgefüllten Fragebogens, digital oder ausgedruckt, erteile ich einen Behandlungsauftrag und stimme ausdrücklich der notwendigen Speicherung und Verarbeitung meiner Daten gemäß Datenschutzerklärung zu.

STAMMDATEN TIERHALTER:IN

Anrede	<input type="radio"/> Frau	<input type="radio"/> Herr	Titel	<input type="text"/>
Name	<input type="text"/>		Vorname	<input type="text"/>
Straße, Hausnr.	<input type="text"/>		PLZ, Stadt	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>		E-Mail	<input type="text"/>

STAMMDATEN TIER

Rufname	<input type="text"/>	Tierart	<input type="text"/>
ggf. Rasse	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>
ggf. Farbe	<input type="text"/>	In Besitz seit	<input type="text"/>
		Gewicht aktuell	<input type="text"/>

Geschlecht weiblich männlich unbekannt

Kastration unkastriert kastriert am
 Kastrations-Chip am

HAUSTIERARZT / HAUSTIERÄRZTIN ODER TRAINER:IN

Bitte Name und Kontaktdaten angeben!

Hustierarzt	<input type="text"/>
Trainer:in	<input type="text"/>

Von wem wurden Sie überwiesen? Haustierarzt/-ärztin Trainer:in gar nicht
Wer soll die Rücküberweisung erhalten? Haustierarzt/-ärztin Trainer:in nur ich selbst

Dürfen wir Ihren Haustierarzt bei Bedarf zu medizinischen Fragen kontaktieren? ja nein



WOHER STAMMT IHR TIER?

Herkunft Züchter Privat Tierheim Sonstiges

Alter beim ersten Kennenlernen

Alter bei Übernahme

Wenn bekannt: Wurfgröße

Anzahl Vorbesitzer

War Ihr Tier eine Handaufzucht? ja nein unbekannt

Wenn bekannt: Informationen zu den Eltern- oder Geschwistertieren.

Wenn bekannt: Wie ist Ihr Tier aufgewachsen? Bitte beschreiben Sie den bisherigen Lebensweg.

Hat/Hatte Ihr Tier Vorerkrankungen, hatte einen Unfall, musste operiert werden o.ä.? nein ja:

Bekommt Ihr Tier aktuell Medikamente? Wenn ja seit wann, in welcher Dosierung? nein ja:

Hat Ihr Tier bekannte Allergien oder Unverträglichkeiten? nein ja:



HALTUNG

Bitte beschreiben Sie ausführlich die Haltung Ihres Tieres (Größe und Einrichtung des Lebensraumes, ggf. Art der Gehegebegrenzung, Bodengrund, Beleuchtung, Klima, typische Aufenthaltsplätze etc.)

Bitte skizzieren Sie einen ungefähren Grundriss des Lebensraumes Ihres Tieres und markieren Sie darin die wichtigsten Ressourcen (z.B. Futter- und Wasserstellen, typische Rückzugsorte oder Aufenthaltsplätze, Kotplätze)

Bitte beschreiben Sie ausführlich die Fütterung Ihres Tieres.



FAMILIENLEBEN

Partnertiere: Einzelhaltung weitere Artgenossen andere Haustiere Besuchstiere

Name	Tierart/Rasse	Geschlecht	Alter	Verhältnis zum Tier
		OW OM <input type="checkbox"/> kstr.		
		OW OM <input type="checkbox"/> kstr.		
		OW OM <input type="checkbox"/> kstr.		
		OW OM <input type="checkbox"/> kstr.		
		OW OM <input type="checkbox"/> kstr.		

Welche Personen leben im Haushalt?

Name	Geschlecht	Alter	Verhältnis zum Tier
	OW OM		
	OW OM		
	OW OM		
	OW OM		
	OW OM		

Gab es in letzter Zeit größere Veränderungen in der Haltung, im sozialen Umfeld oder in zeitlichen Abläufen?

Betrachten Sie Ihr Tier als Familienmitglied?

Wer ist hauptverantwortlich für Ihr Tier?

Wer füttert?

Wer ist für die tägliche Pflege verantwortlich?

Wer geht zum Tierarzt und gibt Medikamente?

Bitte beschreiben Sie den Tagesablauf in Ihrem Haushalt. Ist dieser jeden Tag ähnlich oder gibt es Unterschiede?

Tierärztliche Praxis für Verhaltenstherapie

Äußere Bayreuther Str. 135 • 90411 Nürnberg

mail@tiervershalten-zurr.de • 0177 - 87 88 241

www.tiervershalten-zurr.de



Können Sie Ihr Tier überall und zu jeder Zeit anfassen? Oder gibt es Einschränkungen?

Spielen Sie mit Ihrem Tier?

Trainieren Sie mit Ihrem Tier? (z.B. Clickertraining, Tricktraining, Transportboxtraining, Medical Training...)

Haben Sie manchmal Angst vor Ihrem Tier?

ja

nein

Wenn ja, merkt Ihr Tier wenn sie Angst haben?

ja

nein



VERHALTEN

Bitte beschreiben Sie möglichst genau das vorliegende Verhaltensproblem:

Wann und in welcher Situation trat das beschriebene Verhalten zum ersten Mal auf?

Seit wann haben Sie das Verhalten als Problem wahrgenommen?

Wie häufig tritt das Verhalten auf?

Erkennen Sie bestimmte Auslöser oder einen Zusammenhang mit der Jahres- oder Tageszeit?

Wie haben sich die Verhaltensprobleme seit ihrem ersten Auftreten entwickelt?

Wann war der jüngste Vorfall? Bitte beschreiben Sie ihn möglichst genau:

Wie reagieren Sie auf das unerwünschte Verhalten Ihres Tieres?

Wie reagiert Ihr Tier auf Ihre oben genannten Maßnahmen?

Tierärztliche Praxis für Verhaltenstherapie

Äußere Bayreuther Str. 135 • 90411 Nürnberg

mail@tiervershalten-zurr.de • 0177 - 87 88 241

www.tiervershalten-zurr.de



Wurden bereits Behandlungsversuche unternommen? Wenn ja, bitte genau beschreiben (durch wen, wann, womit, welche Effekte konnten während/nach der Behandlung beobachtet werden?). nein ja:

Gibt oder gab es andere, nicht so gravierende Probleme? nein ja:

Hat sich das sonstige Verhalten / Aktivitätslevel Ihres Tieres verändert? (z.B. vokalisiert mehr, schläft zu anderen Zeiten oder an anderen Plätzen, andere Körperhaltungen, veränderte Aktivität, geht mehr oder weniger raus...) nein ja:

Verhält sich Ihr Tier manchmal aggressiv gegenüber Tieren oder Menschen im Haushalt? nein ja:

Was lieben und schätzen Sie besonders an Ihrem Tier?

Was ist Ihr Ziel / Was wünschen Sie sich von der Verhaltensberatung?

Bitte senden Sie den ausgefüllten Bogen per E-Mail an mail@tiervershalten-zurr.de

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit und Ihr Vertrauen!