

<b><u>Angaben zum Tierhalter (m/w/d)</u></b>		
Name _____	Vorname _____	
<b><u>Angaben zum Patienten</u></b>		
Name des Tieres _____	Geburtsdatum (TT / MM / JJ) _____	Derzeitiges Gewicht _____

<b>Zutreffendes bitte ankreuzen und wenn nötig ergänzen:</b>		
Hat Ihr Tier einen gültigen Impfschutz?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Waren Sie mit Ihrem Tier im Ausland. Wenn ja, wo? Und wann?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bekommt Ihr Tier aktuell Medikamente? Wenn ja welche(s)?  <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Schmerzmittel (NSAID´s):</li> <li>▪ Antibiotika:</li> <li>▪ Kortisonhaltige Medikamente:</li> <li>▪ Herz/Blutdruckmedikamente:</li> </ul> Sonstige:	<input type="checkbox"/> Ja  <input type="checkbox"/> Ja  <input type="checkbox"/> Ja  <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein  <input type="checkbox"/> nein  <input type="checkbox"/> nein  <input type="checkbox"/> nein
Bekommt Ihr Tier aktuell Spezialfuttermittel, Diätfutter? Wenn ja welche(s)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ist Ihr Tier allergisch auf Medikamente oder Futtermittel oder anderes? Wenn ja, auf was?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hatte Ihr Tier in letzter Zeit <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Erbrechen</li> <li>▪ Durchfall</li> <li>▪ Husten</li> <li>▪ Ausfluss</li> <li>▪ Vermehrten Harnabsatz</li> </ul>	<input type="checkbox"/> ja  <input type="checkbox"/> ja  <input type="checkbox"/> ja  <input type="checkbox"/> ja  <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein  <input type="checkbox"/> nein  <input type="checkbox"/> nein  <input type="checkbox"/> nein  <input type="checkbox"/> nein
Zeigte Ihr Tier in letzter Zeit eine vermehrte Wasseraufnahme?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Zeigte Ihr Tier in der letzten Woche eine reduzierte Nahrungsaufnahme?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Gab es Komplikationen bei der Narkose oder nach Operationen in der Vergangenheit? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

BITTE WENDEN →

Leidet Ihr Tier an einem Diabetes? Wenn ja, spritzen Sie Insulin und wieviel?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Leidet Ihr Tier an bekannte Erkrankungen des Herzens? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hat Ihr Tier eine bekannte Nierenerkrankung? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie folgende Blutungsarten beobachte?  <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Schleimhautbluten</li> <li>▪ vermehrt spontanes Nasenbluten</li> <li>▪ vermehrt blaue Flecken an untypischen Stellen oder punktförmige Blutungen</li> <li>▪ Schwarzen Kot (Meläna)</li> </ul>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein
Hat Ihr Tier schon einmal eine Bluttransfusion erhalten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Erkrankungen des Nervensystems:  <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Krampfanfälle</li> <li>▪ Lähmungen</li> </ul>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein
Hat Ihr Tier chronische (alte) Erkrankungen oder Schmerzen des Bewegungsapparates: Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Zähne:  <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mundgeruch</li> <li>▪ Lockere Zähne</li> </ul>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein
Leidet Ihr Tier an einer nicht genannten Erkrankung? Wenn ja, an welcher?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sollten Sie einzelne Fragen mit *ja* beantwortet haben, wünschen Sie eine Abklärung vor dem heutigen Eingriff?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Datum _____	Unterschrift Tierhalter (m/w/d) _____
-------------	---------------------------------------