

Anamnesebogen

Teil 1



La'rinalore
Pferdegesundheit und Hundetraining

Besitzer:

Datum: _____

Name: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail: _____

Allgemeines:

Stalladresse: _____

Pferd in Besitz seit: _____

Tierarzt: _____

Derzeit in Behandlung? ☐ Nein ☐ Ja, Grund? _____

Sattler: _____

Hufschmied: _____

Trainer/Reitlehrer/... : _____

Grund bzw. Wunsch unseres Termins?

Pferd:

Name: _____ Geburtsjahr: _____

Rasse: _____ Stockmaß ca.: _____

Züchter/Herkunft: _____

Geschlecht:

☐ Stute

☐ Hengst

☐ Wallach

Trächtig ☐ Nein ☐ Ja, Deckdatum: _____

Kastrationsdatum: _____

Anzahl Fohlen: _____

Rosse Auffälligkeiten: _____

Haltung:

Haltungsform (Box, Offenstall,...): _____

Einstreu (Stroh, Späne,...): _____

Koppelgang: _____ h/Tag Herdenrang: _____

Führanlage, Aquatrainer: ☐ Nein ☐ Ja, wie oft: _____ wie lange: _____

Fütterung:

☐ Heu

☐ Heucops

☐ Heulage

☐ Stroh

Kraftfutter/Müsli + Menge/Tag: _____

Mineralfutter: _____

Sonstiges: _____

schwer-/leichtfüttrig, Appetitslust,...: _____

Allgemeines:

Charakter/Umgänglichkeit: _____

Zwangshandlungen (Koppen, Weben,...): _____

Berührungsempfindlichkeit: ☐ Nein ☐ Ja, Stelle: _____

Verhaltensauffälligkeiten (beim Putzen, Satteln, Trensen,...): _____

Legt sich regelmäßig hin:

☐ Ja

☐ Nein

Steht problemlos auf:

☐ Ja

☐ Nein

Wälzt sich über Rücken auf andere Seite:

☐ Ja

☐ Nein

Nutzung:

Disziplin (Springen, Dressur, Rentner,...): _____

Turnierteilnahme: ☐ Nein ☐ Ja, wie oft: _____ Leistungsniveau: _____

Wie viele verschiedene Personen arbeiten mit dem Pferd (Reitbeteiligungen,...): _____

Wie oft, wie lange und was wird mit dem Pferd durchschnittlich pro Woche gemacht?

Satteltyp: _____

Trensentyp: _____

Gebisstyp: _____

Hilfzügel: ☐ Nein ☐ Ja, Type: _____ Häufigkeit/Woche: _____

Gamaschen/Bandagen: ☐ Nein ☐ Ja, Type: _____ Häufigkeit/Woche: _____

☐ Treiben mit Absatz ☐ Treiben mit Waden-Innenseite

Reiterliche Probleme des Bewegungsapparats:

Wehrt sich gegen Reiterhand ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ab und zu

Wehrt sich gegen Schenkel ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ab und zu

Ignoriert Schenkel ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ab und zu

Biegt & stellt sich schlecht ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ab und zu

Gangart Verstärkung OK ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ab und zu

Hinterhand schleift/schleppend ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ab und zu

Vorderhand schleift/schleppend ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ab und zu

Vorderhand hängt über Sprung ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ab und zu

Springt mit festgehaltenem Rücken ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ab und zu

Lässt sich fein durchparieren ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ab und zu

Probleme bei engen Wendungen ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ab und zu

Lässt sich flüssig rückwärtsrichten ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ab und zu

Häufiges stolpern ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ab und zu

Pullt ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ab und zu

Drückt den Rücken weg ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ab und zu

Geht durch ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ab und zu

Schweifschlagen ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ab und zu

Kopfschütteln ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ab und zu

Zähneknirschen

☐ Ja ☐ Nein ☐ Ab und zu

Kaut/schnaubt ab

☐ Ja ☐ Nein ☐ Ab und zu

Neigt zu übermäßigem Schwitzen, lokal

☐ Ja ☐ Nein ☐ Ab und zu

Husten bei Belastung

☐ Ja ☐ Nein ☐ Ab und zu

☐ geht hinter Zügel ☐ geht über Zügel

Lahmheiten:

☐ vorne links

☐ vorne rechts

☐ hinten links

☐ hinten rechts

Taktfehler:

☐ vorne links

☐ vorne rechts

☐ hinten links

☐ hinten rechts

Krankheiten:

Aktuelle Medikamentengabe: ☐ Nein ☐ Ja, Grund: _____

Welche: _____

Krankheiten/Allergien/vorliegende Befunde/Unverträglichkeiten/Tumore/... :

Narben: ☐ Nein ☐ Ja, seit: _____ wo: _____

Unfälle/Stürze:

Art + Datum: _____

Verletzung: _____

Behandlung/Heilungsverlauf: _____

Klinikaufenthalte/Operationen:

Art + Datum: _____

Verletzung: _____

Behandlung/Heilungsverlauf: _____

Anfälligkeiten:

☐ Zecken ☐ Parasiten ☐ Koliken ☐ Strahlfäule ☐ Mauke ☐ Atemwegsprobleme

☐ Herz-/Kreislaufbeschwerden ☐ Sonstige: _____

Aktuelle Beschwerden: _____

Verbessert/verschlechtert sich durch: _____

Treten seit wann auf: _____ Häufigkeit: _____

Sonstige bisherige oder regelmäßige Behandlungen (Osteo, Chiro, Physio,...)

(Datum des letzten Termins)

_____ durch: _____ wann: _____

_____ durch: _____ wann: _____

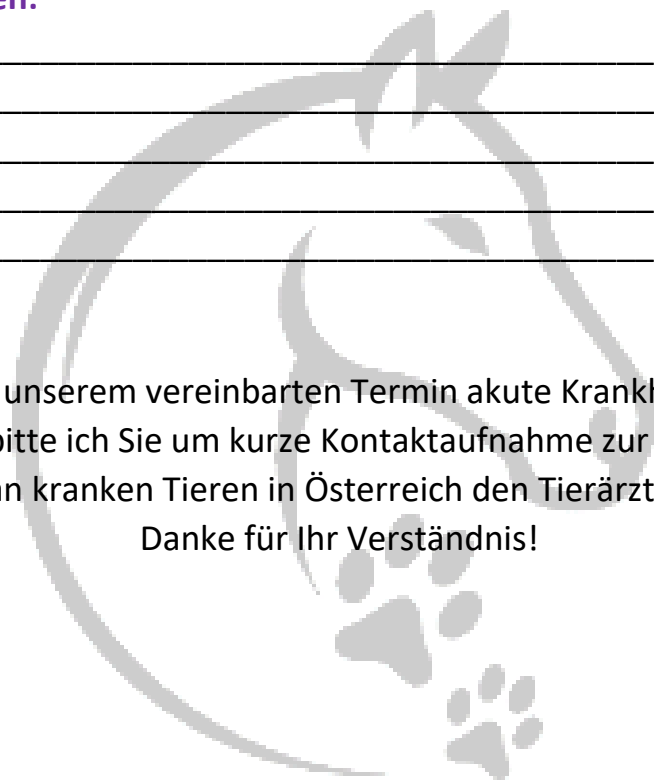
_____ durch: _____ wann: _____

Daraus resultierende Erfolge/Misserfolge/...: _____

Sonstige Anmerkungen:

Sollten sich bis zu unserem vereinbarten Termin akute Krankheiten, Infekte oder Fieber ausbreiten, bitte ich Sie um kurze Kontaktaufnahme zur Terminverschiebung, da das Arbeiten an kranken Tieren in Österreich den Tierärzten vorbehalten ist.

Danke für Ihr Verständnis!



La'rinalore

Pferdegesundheit und Hundetraining