

Fragebogen für die Ernährungsberatung Hund / Katze

Priv. Doz. Dr. Petra Kölle
p.koelle@medizinische-kleintierklinik.de

Name: _____
Vorname: _____
Strasse: _____
PLZ / Wohnort: _____
Telefon: _____
Telefax: _____
Handy: _____
E-mail: _____

Um welche Tierart handelt es sich?

Hund Katze

Name des Tieres: _____

Rasse: _____

Alter: _____ Jahre Wurf-/Geburtsdatum: _____

Geschlecht: weiblich männlich

Kastriert: ja nein

Aktuelles Gewicht: _____ kg

Geschätztes Idealgewicht: _____ kg

Bei Katzen: Sind die Rippen fühlbar? ja nein

Bei Welpen: Gewicht der Eltern: _____ kg (Vater), _____ kg (Mutter)

Grund Ihres Besuches: Rationsüberprüfung neue Rationserstellung

Art der Erkrankung: _____

(Bei Erkrankung bitte Vorbericht des behandelnden Tierarztes inkl. Laborergebnisse und Behandlung beilegen)

Falls Blutwerte vorliegen, war Ihr Tier bei der Blutentnahme nüchtern? ja nein

Seit wann: _____

Symptome: _____

Weitere Probleme: _____

Medikamente: _____

Verhalten / Aktivität des Tieres:

- sehr aktiv normal sehr ruhig / liegt viel
 Ist das Tier auch unbeaufsichtigt draussen? Ja Nein
 Möglichkeit zur unkontrollierten Futteraufnahme? Ja Nein

Fütterung:

Bitte wiegen Sie alle Futterkomponenten ab oder geben Sie ggf. übliche Größen an (z.B. 1 EL Öl oder ein mittelgroßer Apfel) (dies ermöglicht eine schnellere Bearbeitung Ihres Falles, da wir ausschließlich auf der Grundlage von Gewichtsangaben arbeiten)

- Fertigfutter, Marke:

Trockenfutter:

Nassfutter:

Marke: _____ g/Tag Marke: _____ g/Tag

Marke: _____ g/Tag Marke: _____ g/Tag

Marke: _____ g/Tag Marke: _____ g/Tag

bitte Analysenzettel beilegen (mit Angaben zu Mineralien, Spurenelemente und Vitaminen, sofern vorhanden)

- Selber Herstellen/Kochen: Welche Zutaten werden verwendet? Welches Fleisch (Innereien, Muskelfleisch, mit/ohne Knochen) ?

Fleisch Rohgewicht: Huhn Rind Schwein Pferd Fisch _____ g/Tag
 Anderes: _____ g/Tag

Nudeln: _____ g/Tag Rohgewicht Kochgewicht

Reis: _____ g/Tag Rohgewicht Kochgewicht

Kartoffeln, gekocht: _____ g/Tag

Gemüse, roh: _____ g/Tag _____ g/Woche
 _____ g/Tag _____ g/Woche
 _____ g/Tag _____ g/Woche
 _____ g/Tag _____ g/Woche

Öl: _____ g/Tag _____ TL/Tag _____ EL/Tag
 _____ g/Tag _____ TL/Tag _____ EL/Tag

Medizinische Kleintierklinik, Veterinärstr. 13, 80539 München
Tel: 089-2180-2650; Fax: 089- 2180-6240

Weitere Zutaten (z.B. Obst, Quark, Ei, Brot etc.):

_____	_____ g/Tag	_____ g/Woche
_____	_____ g/Tag	_____ g/Woche
_____	_____ g/Tag	_____ g/Woche
_____	_____ g/Tag	_____ g/Woche
_____	_____ g/Tag	_____ g/Woche

Belohnungen / Leckerlis / Kauprodukte / etc. (bitte Analysenzettel beilegen):

Bitte abwiegen, keine Stückangabe!

_____	_____ g/Tag	_____ g/Woche	Produktname: _____
_____	_____ g/Tag	_____ g/Woche	Produktname: _____
_____	_____ g/Tag	_____ g/Woche	Produktname: _____

Einsatz von Supplementen (Mineralfutter, Vitaminpasten, etc.), **bitte abwiegen:**

_____	_____ g/Tag	Produktname: _____
_____	_____ g/Tag	Produktname: _____

Fand ein Futterwechsel statt oder soll einer stattfinden? Ja, am _____ Nein
Warum? _____

Anmerkungen / Wünsche (z.B. was mag Ihr Tier besonders gern / überhaupt nicht, etc.)

Ich erteile Ihnen hiermit den Auftrag zur Ernährungsberatung und bin damit einverstanden, dass mir die Kosten verrechnet werden:

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte füllen Sie den Fragebogen genau aus, damit wenig Rückfragen bestehen und senden es per Post oder Telefax an: Medizinische Kleintierklinik, z.Hd. Priv.Do. Dr. Petra Kölle, Veterinärstr. 13. 80539 München; Fax: 089-2180-6240