

Fragebogen für die Ernährungsberatung Hund / Katze

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

Persönliche Angaben Tierhalter:

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

Angaben zum Tier:

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

Wohnungskatze Freigänger

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

Grund Ihrer Anfrage: 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: _____

Nudeln: _____g/Tag Rohgewicht Kochgewicht

Reis: _____g/Tag Rohgewicht Kochgewicht

Kartoffeln, gekocht: _____g/Tag Rohgewicht Kochgewicht

Gemüse, roh gekocht _____g/Tag _____g/Woche
 roh gekocht _____g/Tag _____g/Woche
 roh gekocht _____g/Tag _____g/Woche
 roh gekocht _____g/Tag _____g/Woche
 roh gekocht _____g/Tag _____g/Woche

Öle: _____g/Tag _____TL/Tag _____EL/Tag
 _____g/Tag _____TL/Tag _____EL/Tag

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

_____g/Tag _____g/Woche
_____g/Tag _____g/Woche
_____g/Tag _____g/Woche
_____g/Tag _____g/Woche
_____g/Tag _____g/Woche

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

Bitte abwiegen, keine Stückangabe!

_____g/Tag _____g/Woche Produktname: _____
_____g/Tag _____g/Woche Produktname: _____

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

_____g/Tag Produktname: _____
_____g/Tag Produktname: _____
_____g/Tag Produktname: _____

Wie oft erhält ihr Tier Futter? _____x/ Tag

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

Falls ja, warum?

Folgende Art von Ration wünsche ich mir zukünftig, sofern dies mit der Erkrankung meines Tieres vereinbar ist:

- eine kommerzielle Diät (z.B. Dosen- oder Trockenfutter)
- eine selbst zubereitete Diät (Kochen / BARF)
- eine Kombination aus kommerziell und selbst zubereitet
- spielt keine Rolle

Mein Tier mag besonders gerne:

Mein Tier mag überhaupt nicht:

Weitere Anmerkungen oder Wünsche:

Wir werden Sie nach Erhalt des Fragebogens telefonisch kontaktieren (Montag – Donnerstag am Vormittag) und den weiteren Plan besprechen.

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 und senden ihn per Post, Telefax oder Email an:
Medizinische Kleintierklinik, z.Hd. Priv.Do. Dr. Petra Kölle, Veterinärstr. 13. 80539 München; Fax: 089-2180-6240; p.koelle@medizinische-kleintierklinik.de