



## **Anamnesebogen**

### **Stammdaten**

**Besitzer:**

**Anschrift:**

**Telefon/Fax:**

**E-Mail:**

### **Angaben zum Tier:**

**Name:**

**Stalladresse:**

**Stalleinzug:**

**Geburtsjahr:**

**Geschlecht:**

**Kastriert/Sterilisiert:**

ja

nein

**Rasse:**

**Stockmaß:**

**Gewicht:**

**Anzahl der Vorbesitzer:**

**Anzahl der Geburten:**



## Hufe

Beschlagen seit:

Barhuf seit:

Bearbeitungsintervall:

Schmied/Hufbearbeiter:

letzter Bearbeitungstermin:

Besonderheiten (Mauke, Eisen abtreten, Hornqualität, Trachtenzwang....)

Hufrehe  Hufrollensyndrom  Bockhufe  Strahlfäule/Strahlpilz

Spalten/Risse  Fehlstellungen  Lahmheiten  Strahlkrebs

Bitte näher beschreiben:

Verhalten beim  
Hufbearbeiter:



## Zähne

Name des Pferdodontisten

Anzahl der Behandlungen pro Jahr

letzter Zahnbehandlungstermin

Kieferfehlstellung/Zahnfehlstellung

Abzesse

Probleme im Zahnwechsel

Zahnwurzelvereiterung

vorzeitig ausgefallene/gezogene Zähne

Wolfszähne/Hengstzähne

bitte näher beschreiben



## Fütterung

### Pferd:

Heu  Menge  Ration/Tag

Stroh  Menge  Ration/Tag

Krafftutter (Getreide, Müsli, etc. - bitte mit Hersteller angeben)

Menge  Ration/Tag

Zusatzfutter (Spurenelemente, Mineralien etc. - bitte Hersteller angeben:

Menge  Ration/Tag

Fütterungsweise: Heunetz  Heuraufe  Futtertrog

in welcher Höhe sind diese ca. angebracht

Fressverhalten: hektisch/schlingt  langsam  normal

kaut einseitig  läßt Reste übrig  macht Heuwickel

bitte näher beschreiben:



## Hund/Katze:

Trockenfutter  Nassfutter  Barf  Sonstiges:

Menge  Ration/Tag

Fressverhalten: hektisch/schlingt  langsam  normal

Sonstiges

## Allgemeine Anamnese

Zwangshandlung ja  nein

Art (Koppen, Weben, Zwanghaftes Lecken, Schwanzbeissen etc.) bitte näher beschreiben

Temperament

Charakter

Besonderheiten

Verhaltensveränderung: ja  nein  seit

welche

Berührungsempfindlich: ja  nein  seit

wo



Gibt es besondere Informationen über die Herkunft, Vorbesitzer etc.

## Gesundheit

Tierarzt/Tierheilpraktiker

letzter Behandlungstermin

Behandlungsgrund

Diagnose

Prognose

Erfolgte Medikation

Erfolgte Therapien

letzte Medikamentengabe

Datum letzte Impfung (wenn möglich Kopie des Impfausweises)

welche Impfung



Stephanie Philipp – Praxis für Cranio-Sacrale-Therapie & Tierheilpraxis  
(Cranio-Sacrale-Osteopathie, Homöopathie, Pferde Zahnbehandlung,  
NHC-Barhuftherapie & Hufcoaching)

Reaktionen ja  nein

wenn ja, welche (Schwellung, Kreislaufprobleme, Abzessbildung, Steifheit, Unruhe etc.)

letzte Wurmkur  Entwurmungsintervall

Vorerkrankungen (auch Allergien, Hauterkrankungen, Husten, etc.)

Unfälle ja  nein

Art des Unfalles

Art der Verletzung

Klinikaufenthalt ja  nein  Datum

Grund



Operationen ja  nein  Datum

Grund

Komplikationen

Kastration/Sterilisation ja  nein  Datum

Kastrationsverlauf ok  mittel  schwer

Komplikationen

Narben ja  nein

Ursache

Lage

Größe

Alter

Immer wiederkehrende Krankheiten ja  nein

Welche

Häufigkeit

Jahreszeit





## Haltung

### Pferd:

Offenstall  Laufstall  Box mit Paddock  Box   
mit Weidegang  wenn ja, wie viele Stunden  ohne Weidegang   
Weidegang von Frühjahr-Herbst  wenn ja, wie viele Stunden

Gruppenhaltung ja  nein  teilweise

Einstreu

Änderungen: Stallwechsel  Pferdewechsel in Herde

Futterumstellung  Boxumstellung  Weideumstellung

Änderung der Haltungsform

Wenn ja, warum

Datum der Veränderung/en

### Hund/Katze:

Wohnung  Hof/Freigänger  kombiniert

Zwingerhaltung  Kettenhaltung

Spaziergänge  wie lange  wie oft

Einzeltier ja  nein



Stephanie Philipp – Praxis für Cranio-Sacrale-Therapie & Tierheilpraxis  
(Cranio-Sacrale-Osteopathie, Homöopathie, Pferde Zahnbehandlung,  
NHC-Barhuftherapie & Hufcoaching)

wenn nein, gibt es Probleme untereinander, wenn ja welche

Änderung der Haltungsbedingungen

Datum der Veränderung/en

### **Beschreiben Sie bitte die aktuelle Problematik**

### **Seit wann besteht die Problematik?**