



Anamnesebogen Pferd

Stammdaten

Besitzer: _____
Anschrift: _____
Telefon: _____
E-Mail: _____

Angaben Pferd

Name: _____
Stall Adresse: _____
Stalleinzug: _____
Geburtsjahr: _____
Geschlecht: _____
Kastriert/Sterilisiert: o ja o 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 ggf. näher beschreiben: _____

Verhalten beim Hufbearbeiter: _____

Zähne

Name des Pferdodontisten: _____

Anzahl der Behandlungen pro Jahr: _____

letzter Zahnbehandlungstermin: _____

Kieferfehlstellung/Zahnfehlstellung: _____

Abszesse: _____

Probleme im Zahnwechsel: _____

Zahnwurzelvereiterung: _____

vorzeitig ausgefallene/gezogene Zähne: _____

Wolfszähne/Hengstzähne: _____

Fütterung

Heu: Menge _____ Ration/Tag: _____

Stroh: Menge _____ Ration/Tag: _____

Krafftfutter: Menge _____ Ration/Tag: _____

Getreide, Müsli, etc. (wenn möglich bitte mit Hersteller angeben)

Spurenelemente, Mineralien etc. (wenn möglich bitte Hersteller angeben)

Fütterungsweise:

Heunetz Heuraufe

Futtertrog / in welcher Höhe ist dieser ca. angebracht: _____

Fressverhalten:

hektisch/schlingt langsam normal kaut einseitig

läßt Reste übrig macht Heuwickel

bitte ggf. näher beschreiben: _____

Allgemeine Anamnese

Zwangshandlung: o ja o nein

Art: o Koppen o Weben o Zwanghaftes Lecken o Schwanzbeißen

bitte ggf. näher beschreiben: _____

Temperament Charakter

Besonderheiten Verhaltensveränderung: o ja o nein

seit: _____

welche: _____

Berührungsempfindlich: o ja o nein

seit: _____

wo: _____

Gibt es besondere Informationen über die Herkunft, Vorbesitzer etc.:

Gesundheit

Tierarzt: _____

letzter Behandlungstermin: _____

Behandlungsgrund: _____

Diagnose: _____

Prognose: _____

Erfolgte Medikation: _____

Erfolgte Therapien: _____

letzte Medikamentengabe: _____

Datum letzte Impfung: _____

(wenn möglich Kopie des Impfausweises)

welche Impfung: _____

Reaktionen: o ja o nein

wenn ja, welche? o Schwellung o Kreislaufprobleme o

Abszessbildung o Steifheit o Unruhe o Sonstiges

bitte ggf. näher beschreiben: _____

Datum letzte Wurmkur: _____ Präparat: _____
Entwurmung Intervall: _____

Vorerkrankungen:
o Allergien o Hauterkrankungen o Husten o Sonstiges
bitte ggf. näher beschreiben: _____

Unfälle: o ja o nein
Art des Unfalles: _____

Art der Verletzung: _____

Klinikaufenthalt: o ja o nein
Datum: _____
Grund: _____

Platz der woanders gefehlt hat:

