

Herr / Frau \_\_\_\_\_  
 Vorname \_\_\_\_\_  
 Nachname \_\_\_\_\_  
 Straße, Nummer \_\_\_\_\_  
 Postleitzahl, Ort \_\_\_\_\_  
 Telefonnummer \_\_\_\_\_  
 Datum \_\_\_\_\_

Fachbereich Veterinärmedizin  
 Institut für Tierernährung  
 Brümmerstr. 34  
 D 14195 Berlin  
 Telefon+49 175 5813667  
 Fax+49 30 838-55938  
 E-Mail: tierernaehrung@vetmed.fu-berlin.de  
 Internet http://www.vetmed.fu-berlin.de/we04/


## Anamnesebogen

Laufende Nummer: \_\_\_\_\_

|               |  |
|---------------|--|
| Name _____    | Tierart _____  |
| Rasse _____   | Farbe _____  |
| Alter _____   | Geschlecht <input type="checkbox"/> Om <input type="checkbox"/> Ow <input type="checkbox"/> Om kastriert <input type="checkbox"/> Ow kastriert |
| Gewicht _____ | Größe _____  |

Tierarzt:  
 (Name, Adresse, Tel.)

Fütterung bisher bitte genau beschreiben [Komponenten, Marke, trocken oder feucht, Menge, Mahlzeiten/Tag (werden Reste im Napf gelassen?), Leckerchen (welche? wie viel und oft?), etc.]:

|  |                                     |                                     |  |  |
|--|-------------------------------------|-------------------------------------|--|--|
| Futteraufnahme (Appetit):  | <input type="checkbox"/> schlecht   | <input type="checkbox"/> normal     | <input type="checkbox"/> groß                                    | <input type="checkbox"/> sehr groß                                 |
| Wasseraufnahme:  | <input type="checkbox"/> kaum       | <input type="checkbox"/> wenig      | <input type="checkbox"/> normal                                  | <input type="checkbox"/> viel und oft                              |
|  |                                     |                                     |  |  |
|  | <input type="checkbox"/> abgemagert | <input type="checkbox"/> schlank    | <input type="checkbox"/> normal                                  | <input type="checkbox"/> pummelig <input type="checkbox"/> dick    |
| Kotbeschaffenheit:   | <input type="checkbox"/> wässrig    | <input type="checkbox"/> sehr weich | <input type="checkbox"/> weich                                   | <input type="checkbox"/> normal fest <input type="checkbox"/> hart |
| Kotabsatz:   | <input type="checkbox"/> selten     | <input type="checkbox"/> normal     | <input type="checkbox"/> häufig / <input type="checkbox"/> wenig | <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> viel      |
| Harnabsatz:  | <input type="checkbox"/> selten     | <input type="checkbox"/> normal     | <input type="checkbox"/> häufig / <input type="checkbox"/> wenig | <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> viel      |

Bitte beschreiben Sie das aufgetretene Problem/den Anlass der Konsultation:  
 Was hat wann und wie begonnen? Wie war der Verlauf?

Diagnose/Befunde (wenn möglich beilegen), Medikation (was? wie oft? seit wann?):

Gewünschte Beratung:  Ration  Diät  FM Analyse  Sonstiges