

Fragebogen für die Ernährungsberatung

Tierarztpraxis Dr. Gundula Gloßner
Tätigkeitsschwerpunkt ganzheitliche Tiermedizin und Chiropraktik

Breiten Dyk 99a, 47803 Krefeld

Tel: 0174/8863738

Mail: kontakt@sanftetiermedizin.de

Web: www.sanftetiermedizin.de

Tierbesitzer:

Vor- und Zunahme: _____

Straße: _____

PLZ/Wohnort: _____

Telefon/Handy: _____

E-Mail: _____

Grund der Beratung:

Allgemeine Beratung

Rationsüberprüfung

Rationsüberprüfung/-anpassung

Tier: Hund Katze

Name: _____ Rasse: _____

Alter: _____ Geburtsdatum: _____

Geschlecht: weiblich männlich Kastriert: ja nein

Gewicht:

Aktuelles Gewicht: _____ kg Ideal-/Endgewicht: _____ kg

Sind die Rippen fühlbar? ja nein

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

Aktivität:

ruhig, liegt viel

normal

sehr aktiv

Verhaltenstyp:

nervös, leicht gestresst

ängstlich

ausgeglichen

aggressiv

Hat sich das Verhalten in letzter Zeit verändert?

ja

nein

Wenn ja, inwiefern? _____

Verdauung:

Kotabsatz: _____ mal/Tag Menge/Konsistenz: _____

Blähungen: keine/kaum normal vermehrt

Beschwerden / Erkrankungen:

(bitte legen Sie, sofern vorhanden, die Befunde bei)

Art der Erkrankung/Symptome: _____

Seit wann: _____

Medikamente (Name, Dosierung, Dauer): _____

Sonstige Probleme/Bemerkungen: _____

Angaben zur derzeitigen Fütterung:

Bitte wiegen Sie alle Futterkomponenten genau ab oder geben Sie die üblichen Größen an (z.B. 1 Ei oder 1 Apfel). Bitte geben Sie bei Fertigfutter die exakten Produkt – und Firmennamen an.

O Fertigfutter

Trockenfutter: _____ g/Tag

_____ g/Tag

_____ g/Tag

Dosenfutter: _____ g/Tag

_____ g/Tag

_____ g/Tag

O Frisches Futter (Welche Zutaten werden verwendet? Sie können die Tages- oder Wochenmenge angeben und legen Sie gerne Ihren Wochenplan dazu).

1. Frisches Fleisch, Fisch und Innereien - R o h gewicht:

Bei Fleisch bitte angeben, ob fett oder mager, bei Fisch bitte die Sorte

Bei Innereien bitte angeben, welche Art der Innereien (z.B. grüner Pansen, Blättermagen etc.)

_____ g pro Tag ODER pro Woche

_____ g pro Tag ODER pro Woche

_____ g pro Tag ODER pro Woche

_____ g pro Tag ODER pro Woche

_____ g O pro Tag ODER O pro Woche
_____ g O pro Tag ODER O pro Woche

2. (fleischige) Knochen - R o hgewicht:

Bitte angeben, welche Art der Knochen (z.B. Hühnerhäse etc.)

_____ g O pro Tag ODER O pro Woche
_____ g O pro Tag ODER O pro Woche
_____ g O pro Tag ODER O pro Woche

3. BARF-Pakete, Fertig-BARF, Hundewurst etc. - R o hgewicht:

Bezeichnung/Sorte	Firma/Shop	Protein	Fett	Asche	Feuchte Menge
_____	_____	____%	____%	____%	____% ____g pro O Tag O Woche
_____	_____	____%	____%	____%	____% ____g pro O Tag O Woche
_____	_____	____%	____%	____%	____% ____g pro O Tag O Woche
_____	_____	____%	____%	____%	____% ____g pro O Tag O Woche

4. Kohlenhydrate (z.B. Kartoffeln, Nudeln, Reis, Hirse, Haferflocken etc.)

_____ O Trockengewicht O Kochgewicht _____g pro O Tag O Woche
_____ O Trockengewicht O Kochgewicht _____g pro O Tag O Woche
_____ O Trockengewicht O Kochgewicht _____g pro O Tag O Woche
_____ O Trockengewicht O Kochgewicht _____g pro O Tag O Woche

5. Gemüse/Obst:

_____ g O pro Tag ODER O pro Woche
_____ g O pro Tag ODER O pro Woche
_____ g O pro Tag ODER O pro Woche
_____ g O pro Tag ODER O pro Woche

6. Öle/Fette:

_____ O TL O EL O Gramm O pro Tag ODER O pro Woche
_____ O TL O EL O Gramm O pro Tag ODER O pro Woche
_____ O TL O EL O Gramm O pro Tag ODER O pro Woche

7. Weitere Zutaten (z.B. Milchprodukte, Ei, Brot etc.):

_____ g O pro Tag ODER O pro Woche
_____ g O pro Tag ODER O pro Woche
_____ g O pro Tag ODER O pro Woche

8. Belohnungen/Leckerlis/Kauprodukte/Snacks:

_____	_____	<input type="checkbox"/> g	<input type="checkbox"/> Stück	<input type="checkbox"/> pro Tag	ODER	<input type="checkbox"/> pro Woche
_____	_____	<input type="checkbox"/> g	<input type="checkbox"/> Stück	<input type="checkbox"/> pro Tag	ODER	<input type="checkbox"/> pro Woche
_____	_____	<input type="checkbox"/> g	<input type="checkbox"/> Stück	<input type="checkbox"/> pro Tag	ODER	<input type="checkbox"/> pro Woche
_____	_____	<input type="checkbox"/> g	<input type="checkbox"/> Stück	<input type="checkbox"/> pro Tag	ODER	<input type="checkbox"/> pro Woche

9. Sonstige Ergänzungen (Mineralfutter, Eierschalen, Seealgen, Lebertran etc.):

_____	_____	g	<input type="checkbox"/> pro Tag	ODER	<input type="checkbox"/> pro Woche
_____	_____	g	<input type="checkbox"/> pro Tag	ODER	<input type="checkbox"/> pro Woche
_____	_____	g	<input type="checkbox"/> pro Tag	ODER	<input type="checkbox"/> pro Woche
_____	_____	g	<input type="checkbox"/> pro Tag	ODER	<input type="checkbox"/> pro Woche

Fütterungspraxis:

Wie viele Mahlzeiten füttern Sie? _____ pro Tag

Wie sieht die Rationsgestaltung aus? _____

Anmerkungen/Wünsche:

(z.B. was mag Ihr Tier besonders gern oder überhaupt nicht...)

Wodurch haben Sie von uns erfahren? _____

Wurden Sie vom Tierarzt überwiesen? Dann geben Sie uns bitte den Namen für die Rücküberweisung an.

Ich erteile Ihnen hiermit den Auftrag zur Ernährungsberatung und bin damit einverstanden, dass mir die Kosten gemäß der Gebührenordnung für Tierärzte (GOT) in Rechnung gestellt werden:

Ort, Datum

Unterschrift