

Fragebogen für kostenlosen Gesundheitscheck

Besitzerdaten:

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

Emailadresse: _____

Daten der Katze:

Name: _____

Rasse: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: _____ kastriert ja nein

Gewicht: _____

Waren Sie mit der Katze bereits in unserer Klinik? ja nein

Fragen zum Gesundheitszustand:

Woher stammt Ihre Katze? (Tierheim, von Privat, Züchter, Bauernhof, etc.) _____

Wie lange ist die Katze bereits in Ihrem Besitz? _____

War Ihre Katze jemals im Ausland? _____

Ist Ihre Katze regelmäßig geimpft? ja nein Datum der letzten Impfung: _____

Wie oft jährlich entwurmen Sie Ihre Katze? _____

Datum der letzten Entwurmung: _____

Ist Ihre Katze Freigänger? ja nein

Hat Ihre Katze Kontakt zu Artgenossen?

ja, die Katze lebt in einem Mehrkatzenhaushalt

Ja, im Freigang

Nein

Was füttern Sie Ihrer Katze? _____

Bekommt Ihre Katze Präparate zur Ektoparasitenprophylaxe? _____

Zeigt Ihre Katze aktuell (innerhalb der letzten 3 Monate) folgende Symptome?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mattigkeit | <input type="checkbox"/> O gesteigerte Futtermittelaufnahme |
| <input type="checkbox"/> O verminderte Futtermittelaufnahme | <input type="checkbox"/> O Durchfall |
| <input type="checkbox"/> O vermehrte Wasseraufnahme | <input type="checkbox"/> O Erbrechen |
| <input type="checkbox"/> O vermehrtes Speicheln | <input type="checkbox"/> O veränderter Urinabsatz |
| <input type="checkbox"/> O Gewichtsverlust | <input type="checkbox"/> O Gewichtszunahme |
| <input type="checkbox"/> O Hautveränderungen | <input type="checkbox"/> O Zubildung im Halsbereich |
| <input type="checkbox"/> O Husten | <input type="checkbox"/> O Niesen |
| <input type="checkbox"/> O stumpfes/struppiges Fell | <input type="checkbox"/> O gesteigerte Aggressivität |

O Meine Katze zeigte andere/weitere Symptome:

Kurze Beschreibung der klinischen Auffälligkeiten (inkl. Angabe des Zeitraumes der Erkrankung):

O Nein, meine Katze zeigte keinerlei Symptome.

Erhält Ihre Katze dauerhaft Medikamente?

O nein

O ja, meine Katze erhält:

Hat Ihre Katze in den letzten drei Monaten Medikamente erhalten?

O Nein

O Ja

Falls ja, welches Präparat? Wie lange? Wann zuletzt? _____

Haben Sie Fragen zum Gesundheitscheck? Dann bitten wir Sie diese bei Kontaktaufnahme direkt mit in die Email zu schreiben. Wir setzen uns so schnell wie möglich mit Ihnen in Verbindung.

Wir bedanken uns herzlich für Ihr Interesse an einer Teilnahme am Gesundheitscheck.

Bitte überprüfen Sie erneut die Kontaktdaten, damit wir uns mit Ihnen in Verbindung setzen können.