



# Tierheilpraxis JessICan

## natürlich gesund!



### Anamnesebogen für Pferde

#### Allgemeine Informationen

(bitte schicken sie auch eine Kopie des Impfausweises)

Name Halter: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

E-Mail/ Tel.Nr.: \_\_\_\_\_

Name Tier: \_\_\_\_\_

Geschlecht: \_\_\_\_\_

Rasse: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

ca. Gewicht: \_\_\_\_\_ Stockmaß: \_\_\_\_\_

Kastriert? ☐ nein ☐ ja, seit \_\_\_\_\_

Trächtigkeit? ☐ nein ☐ ja; deckzeitpunkt: \_\_\_\_\_

Anzahl Fohlen bisher \_\_\_\_\_

Komplikationen bei vorherigen Geburten? ☐ nein  
☐ ja, nämlich: \_\_\_\_\_

#### Vorstellungsgrund

Grund der Konsultation:

Seit wann besteht das Problem?

Gibt es eine Situation/Dinge, die das Problem/ die Symptome verschlechtern oder verbessern?

Gibt es noch andere Symptome/ Probleme/ akute Auffälligkeiten?



# Tierheilpraxis JessICan natürlich gesund!



## Herkunft

- ☐ selbst gezogen ☐ Züchter ☐ privat ☐ Händler  
☐ sonstiges: \_\_\_\_\_

Anzahl Vorbesitzer (falls bekannt): \_\_\_\_\_

Seit wann haben Sie das Tier? \_\_\_\_\_ Alter Tier bei Kauf: \_\_\_\_\_

Falls bekannt, wie war die Geschichte des Tieres vor dem Kauf?

Wie verlief die Eingewöhnung nach dem Kauf ab?

## Lebenssituation

- ☐ Offenstall/ Trail ☐ Dauerweide ☐ tagsüber Weide/ nachts Stall  
☐ Boxenhaltung und \_\_\_\_\_h Weidehaltung ☐ Boxenhaltung ohne Weidegang  
☐ sonstiges: \_\_\_\_\_

Einstreu: \_\_\_\_\_

Herdengröße: \_\_\_\_\_

Rangposition des Tieres

- ☐ Ranghoch ☐ direkt hinter ranghöchsten Pferd ☐ gute Mittelposition  
☐ Rangnieder ☐ sonstiges: \_\_\_\_\_

Liegt das Pferd? Kommt es zur Ruhe/ zum Schlaf?

- ☐ ja ☐ nein, weil \_\_\_\_\_

Wer sind die Bezugspersonen: \_\_\_\_\_

Wie oft wird das Pferd beschäftigt?

- ☐ mehrmals täglich ☐ täglich ☐ mehrmals wöchentlich ☐ wöchentlich  
☐ weniger ☐ sonstiges: \_\_\_\_\_

Wie wird das Pferd beschäftigt?

- ☐ Schulunterricht ☐ Dressurreiten ☐ Springreiten ☐ Ausritte ☐ Westernreiten  
☐ Freizeitreiten (alles) ☐ Bodenarbeit ☐ Spaziergänge ☐ Kutsche  
☐ Turniersport ☐ anderes: \_\_\_\_\_



# Tierheilpraxis JessICan

## natürlich gesund!



Beschreiben Sie den Tagesablauf:

Sattelart: \_\_\_\_\_

Zäumungsart: \_\_\_\_\_

Hufbearbeitung: ☐ Barhuf, Intervall: \_\_\_\_\_  
☐ Beschlagen, Intervall: \_\_\_\_\_

### Ernährung

	Marke, Sorte, Herkunft, Menge
<input type="checkbox"/> Heu	_____
<input type="checkbox"/> Hafer	_____
<input type="checkbox"/> Getreide-Müsli	_____
<input type="checkbox"/> Getreidefreies Müsli	_____
<input type="checkbox"/> Leckerlies	_____
<input type="checkbox"/> Ergänzungsmittel	_____
<input type="checkbox"/> Sonstiges	_____

Anzahl Heu-Futterplätze: \_\_\_\_\_

Dauer Fresspausen: \_\_\_\_\_

Ort Futteraufnahme: \_\_\_\_\_

Fressverhalten:

☐ gerne ☐ wählerisch ☐ gierig ☐ langsam ☐ viel ☐ wenig  
☐ futterneidisch ☐ sonstiges: \_\_\_\_\_

Bekannte Abneigungen:

☐ Nein ☐ Ja, nämlich: \_\_\_\_\_

Bekannte Nahrungsmittelunverträglichkeiten:

☐ Nein ☐ Ja, nämlich: \_\_\_\_\_

Wenn ja, wie äußert sich dies?

Steht täglich frisches Wasser zur Verfügung?

☐ ja ☐ nein, weil \_\_\_\_\_

Trinkverhalten:

☐ trinkt viel ☐ trinkt wenig ☐ trinkt normal

Fand eine Futterumstellung statt?

☐ nein ☐ ja, seit: \_\_\_\_\_

Wenn ja, warum fand diese statt?



# Tierheilpraxis JessICan

## natürlich gesund!



### Ausscheidungen

Häufigkeit Urin: \_\_\_\_\_  
Menge Urin: \_\_\_\_\_  
Farbe Urin: \_\_\_\_\_  
Beschaffenheit Stuhl: \_\_\_\_\_

### Verhalten/ Charakter

Beschreiben Sie den Charakter des Tieres:

Wie ist das allgemeine Verhalten:

Lieber...?

☐ Wärme ☐ Kälte ☐ Nähe ☐ Abstand ☐ Ruhe ☐ Aktion

Verträglich mit....

.... Artgenossen? ☐ Ja ☐ Nein \_\_\_\_\_  
.... Menschen? ☐ Ja ☐ Nein \_\_\_\_\_  
.... anderen Tieren? ☐ Ja ☐ Nein \_\_\_\_\_

☐ Ängste

Vor: \_\_\_\_\_

Wie äußert sich dies? \_\_\_\_\_

☐ Kummer-/ Verlust-/ Traumasituationen (akut oder früher)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Verhalten in der Herde:

Verhalten mit dem Menschen:

Verhaltensänderungen:



# Tierheilpraxis JessICan

## natürlich gesund!



### Bereits erfolgte Maßnahmen

durch:

☐ Tierarzt ☐ Tierheilpraktiker\*in ☐ Osteopath\*in ☐ Chiropraktiker\*in  
☐ Physiotherapeut\*in ☐ sonstiges: \_\_\_\_\_

Falls vorhanden: Jüngste Testergebnisse, Diagnosen oder sonstiges  
(per Mail mitschicken)

bereits erfolgte Eingriffe/ Behandlungen:

Impfungen/ Wurmkur:

Medikamente derzeit (oder vor weniger als 3 Monaten):

### Vorbelastungen

Erkrankungen bisher:

Unfälle/ Verletzungen:

Allergien: