

Fragebogen für die Ernährungsberatung



Napfcheck – Tierärztliche Ernährungsberatung
Poststr. 6, 82152 Planegg
Tel: 089/856 426 00 ▪ Fax: -06
eMail : info@napfcheck.de

► Tierbesitzer / Praxisstempel

Vor- und Zuname: _____
Strasse: _____
PLZ / Wohnort: _____
Telefon/Handy: _____
eMail: _____

► Grund für die Beratung

- Allgemeine Beratung Rationsüberprüfung Rationsberechnung bzw. -anpassung
 + Epilepsieabklärung Maßgeschneiderte Vitamin-Mineralstoff-Mischung

► Tier Hund Katze

Name: _____ Rasse: _____
Alter: _____ Jahre Geburtsdatum: _____
Geschlecht: weiblich männlich Kastriert: ja nein

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

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

Sind die Rippen fühlbar? ja nein

► 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, einen Befund sowie die letzten Laborergebnisse bei.

Art der Erkrankung/Probleme/Symptome: _____

Seit wann: _____

Medikamente (Name, Dosis, Dauer): _____

► Derzeitige Fütterung

Bitte wiegen Sie alle Futterkomponenten ab oder geben Sie übliche Größen an (z.B. 1 Ei oder 1 Apfel).

Bitte geben Sie auch den Hersteller und die genaue Produktbezeichnung an.

Fertigfutter:

Trockenfutter: _____ g/Tag
 _____ g/Tag
 _____ g/Tag

Dosenfutter: _____ g/Tag
 _____ g/Tag
 _____ g/Tag

Frisches Futter: *Bei BARF-Rationen legen Sie uns gerne Ihren Wochenplan dazu.

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

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

2. (fleischige) Knochen R o h gewicht:

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

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

Bezeichnung/Sorte	Firma/Shop	Protein	Fett	Asche	Feuchte	Menge
_____	_____	____%	____%	____%	____%	_____ g pro <input type="checkbox"/> Tag <input type="checkbox"/> Woche
_____	_____	____%	____%	____%	____%	_____ g pro <input type="checkbox"/> Tag <input type="checkbox"/> Woche
_____	_____	____%	____%	____%	____%	_____ g pro <input type="checkbox"/> Tag <input type="checkbox"/> Woche
_____	_____	____%	____%	____%	____%	_____ g pro <input type="checkbox"/> Tag <input type="checkbox"/> Woche

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

_____ Trockengewicht Kochgewicht _____ g pro Tag pro Woche
 _____ Trockengewicht Kochgewicht _____ g pro Tag pro Woche
 _____ Trockengewicht Kochgewicht _____ g pro Tag pro Woche
 _____ Trockengewicht Kochgewicht _____ g pro Tag pro Woche

5. Gemüse / Obst:

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

6. Öle / Fette:

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

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

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

8. Belohnungen / Leckerlis / Kauprodukte / Snacks:

_____ g Stck. pro Tag ODER pro Woche
_____ g Stck. pro Tag ODER pro Woche
_____ g Stck. pro Tag ODER pro Woche
_____ g Stck. pro Tag ODER pro Woche

9. Sonstige Ergänzungen (Mineralfutter, Kräuter, Eierschalen, Seealgen, Lebertran, 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

► **Fütterungspraxis** Wie viele Mahlzeiten füttern Sie? _____ pro Tag

Wie sieht die Rationsgestaltung aus? _____

► **Anmerkungen/Wünsche** (z.B. was mag Ihr Tier besonders gern/überhaupt nicht...)

► **Wodurch haben Sie von uns erfahren?** _____

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

Hinweis: Sollten Sie eine Add-On Epilepsieberatung wünschen, bitten wir Sie den Epilepsieabklärungsbogen ebenso zu vervollständigen und samt aller relevanten Befunde als eingescannte Datei per Email zu übersenden an Email: benjamin.berk@tierarzt.strassenheim.com

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



Dr Dr Benjamin-Andreas Berk MSc (Resident ECVCN)

I. GRUNDDATEN DER EPILEPSIEBERATUNG

Datum: _____
Zielsetzung: _____
Bericht: Ja () – Nein () – Auf Anfrage () - Haustierarzt: _____

II. BESITZER

Vorname: _____
Nachname: _____

III. PATIENT

Rufname: _____
Tierart: _____
Geschlecht: Weiblich () – Männlich () – Kastriert () – Chemisch Kastriert ()
Aktuelles Gewicht in kg: _____
Diagnostizierte Vorerkrankungen: _____

Problemliste andere gesundheitlicher Beschwerden:

Anamnese - Anfallsgeschehen – Anfallskennzahlen

(Bitte angeben, ob vorhanden oder gewesen, wieviel Prozent?)

Zeitpunkt des ersten Anfalls: _____
Erstdiagnose: _____
Generalisierte Anfälle: _____
Fokale Anfälle: _____
Clusteranfälle: _____
Status epilepticus: _____
Postiktale Phase: _____
Anzahl der Anfälle im Leben: _____
Anzahl der Anfälle in den letzten 3 Monate: _____

VORSTELLUNG ZUR EPILEPSIEBERATUNG BEIM KLEINTIER
Tierernährungsberatungspraxis Napfcheck Dr. Julia Fritz



Dr Dr Benjamin-Andreas Berk MSc (Resident ECVCN)

Durchschnittsdauer des Anfalls in Min: _____

Diazepamrektaltubes in Verwendung: _____

Wirkung der Diazepamtubes: _____

Anfallsfrequenz pro Monat: _____

Anfallsschwere (Skala: 1 (mild) -10 (sehr schlimm)): _____

Sonstiges: _____

Beschreiben sie stichpunktartig einen durchschnittlichen Anfall:

Anti-epileptische Medikation – Angaben von Frequenz, Tablettenstarke, Anzahl der Tabletten.

Impetoin: _____

Phenobarbital: _____

Kaliumbromide: _____

Levetiracetam: _____

Sonstiges: _____

Diagnostik – Weiterführende Untersuchungen – Durchgeführt, wenn ja, was war der Befund?

Blutuntersuchungen:

Blutstatus: _____

Blutchemie: _____

Leberstimulationstest: _____

Infektionskrankheiten: _____

Medikamentenspiegel: _____

Urinuntersuchung: _____

CT: _____

MRT: _____

Liquoruntersuchung: _____



Dr Dr Benjamin-Andreas Berk MSc (Resident ECVCN)

Ernährung, Aktivität und Sport

Hauptfutter: _____

Futterroutine: _____

Zusätze: _____

Sonstiges: _____

Leckerli: _____

Sonstiges zum

Futter: _____

Bewegung/ sportliche Aktivität: _____

Sonstige Fragen, oder Anliegen?

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

Nachsorge – Ihre Ziele des Epilepsie-Management

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

Notizen – Freies Feld für alle Gedanken, Fragen vor oder während der Beratung?