

# 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:**

_____	_____	<input type="checkbox"/> TL	<input type="checkbox"/> EL	<input type="checkbox"/> Gramm	<input type="checkbox"/> pro Tag	ODER	<input type="checkbox"/> pro Woche
_____	_____	<input type="checkbox"/> TL	<input type="checkbox"/> EL	<input type="checkbox"/> Gramm	<input type="checkbox"/> pro Tag	ODER	<input type="checkbox"/> pro Woche
_____	_____	<input type="checkbox"/> TL	<input type="checkbox"/> EL	<input type="checkbox"/> Gramm	<input type="checkbox"/> pro Tag	ODER	<input type="checkbox"/> pro Woche

**7. Weitere Zutaten (z.B. Milchprodukte, Ei, Brot, 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

**8. Belohnungen / Leckerlis / Kauprodukte / Snacks:**

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

**9. Sonstige Ergänzungen (Mineralfutter, Kräuter, 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/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



**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:** \_\_\_\_\_



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: \_\_\_\_\_



**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?**