

Fragebogen für die Ernährungsberatung - HUND

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

► **Hund** Name: _____ Rasse: _____

Alter: _____ Jahre Geburtsdatum: _____ Geschlecht: weiblich männlich

Kastriert: ja* nein *Kastrationschip 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

► **Herkunft** Züchter Privat Tierheim Tierschutz (Alter bei Übernahme: _____)

► **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 und 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

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

Zu welchen Zeiten füttern Sie? _____

Wie sieht die Rationsgestaltung aus? _____

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

► **Wodurch/durch wen haben Sie von uns erfahren?** _____

Im Falle einer Überweisung: Wer ist Ihr behandelnder Tierarzt? _____

Sind Sie mit einer Kontaktaufnahme bzw. Rücküberweisung einverstanden? ja nein

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