



Anamnesebogen

| | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Name des Hundes | | |
| Geburtsdatum des Hundes | | |
| Rasse / Mischling aus | | |
| Geschlecht | Rüde | Hündin |
| Ist der Hund kastriert? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Wie alt war der Hund zum Zeitpunkt der Kastration? | | |
| Weshalb wurde Ihr Hund kastriert? | | |
| Woher haben Sie Ihren Hund? | | |
| Seit wann lebt er bei Ihnen? | | |
| Hatte er schon Vorbesitzer? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Hat Ihr Hund eine Haftpflichtversicherung und wenn ja wo? | | |
| Wie viele Personen leben in Ihrem Haushalt? | | |
| Leben in Ihrem Haushalt noch andere Hunde? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |

| | | |
|---|--|--------------------------------------|
| Wenn ja, wie viele? Alter, Rasse, Geschlecht | | |
| Leben in Ihrem Haushalt noch andere Tiere? | | |
| Wenn ja, welche und wie viele? | | |
| Ist dies Ihr erster Hund? | Ja | Nein |
| In welcher Wohngegend leben Sie? Stadt, Dorf, Wohnung, Haus, Garten ... | <input type="checkbox"/> Stadt <input type="checkbox"/> Dorf <input type="checkbox"/> Wohnung <input type="checkbox"/> Haus <input type="checkbox"/> mit Garten | |
| Welche Probleme gibt es im Zusammenleben mit Ihrem Hund? | | |
| Was genau tut er dann? | | |
| Wie hat sich Verhalten entwickelt? | spontan <input type="checkbox"/> | schleichend <input type="checkbox"/> |
| Seit wann zeigt Ihr Hund dieses Verhalten? Hat sich seitdem in Ihrem Alltag etwas geändert? | | |
| Was haben Sie bisher dagegen getan? | | |
| Waren Sie schon einmal in einer Hundeschule? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Falls ja, was hat er dort erlernt? | | |
| Sind Sie dort gern hingegangen? | Eher ja <input type="checkbox"/> | Eher nein <input type="checkbox"/> |
| Wo hält sich der Hund tagsüber hauptsächlich auf? | <input type="checkbox"/> Garten <input type="checkbox"/> Haus <input type="checkbox"/> Zwinger <input type="checkbox"/> Ein bestimmter Raum (.....) | |

| | |
|--|---|
| Wo schläft der Hund nachts? | |
| Wie viele Stunden ist der Hund normalerweise allein? | |
| Folgt Ihnen der Hund in der Wohnung gerne auf Schritt und Tritt so, dass es störend ist? | |
| Gibt es Situationen, in denen Ihr Hund gestresst erscheint? Wenn ja, welche? | |
| Bleibt Ihr Hund problemlos allein zu Hause? | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| Falls nein, was tut er dann? | |
| Wie oft und wie lange gehen Sie täglich mit dem Hund spazieren? | |
| Der Hund läuft dabei | <input type="checkbox"/> überwiegend an der Leine <input type="checkbox"/> überwiegend frei |
| Der Hund hat dabei | <input type="checkbox"/> Kontakt zu anderen Hunden <input type="checkbox"/> Kein Kontakt zu anderen Hunden |
| Zeigt er beim Spaziergang Angst oder reagiert er aggressiv? | |
| Zieht Ihr Hund an der Leine? | |
| Was füttern Sie als Hauptmahlzeiten? | |
| Wie viele Mahlzeiten bekommt der Hund pro Tag? | |

| | |
|---|--|
| Wie verhält sich Ihr Hund beim Fressen? | |
| Bekommt Ihr Hund auch Knabberartikel oder Leckerchen? | |

| | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Spielen Sie regelmäßig mit dem Hund? Wie lange, wie oft und was? | | |
| Leidet Ihr Hund an einer chronischen Erkrankung? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Falls ja, an welcher? | | |
| Bekommt Ihr Hund regelmäßig Medikamente? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Falls ja, welche? (Bitte Dosierung mit angeben) | | |
| Seit wann bekommt er diese Medikamente? | | |
| Leidet Ihr Hund an Hautkrankheiten? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Falls ja, an welchen? | | |
| Hat der Hund häufig Durchfall? | | |

Haben Sie folgende Verhaltensweisen schon einmal bei Ihrem Hund beobachtet?

Bitte ankreuzen

| | Nie | Selten | Häufiger | Oft |
|--|-----|--------|----------|-----|
| Rastlosigkeit, der Hund kann nicht zur Ruhe kommen | | | | |
| Hund wird nie müde, will spielen bis zum „Umfallen“ | | | | |
| Unangemessen nervöses oder aggressives Verhalten | | | | |
| Hund wirkt abwesend | | | | |
| Zittern | | | | |
| Hecheln ohne vorherige Anstrengung oder Wärme | | | | |
| übertriebenes Lecken oder Kratzen des Fells | | | | |
| Gegenstände zerstören | | | | |
| Bellen, Winseln usw. | | | | |
| Stubenunreinheit | | | | |
| Er zieht störend an der Leine | | | | |
| Aggressionen gegen andere Hunde | | | | |
| Aggressionen gegen Menschen | | | | |
| Aggressionen gegen Menschen des gleichen Haushalts | | | | |
| Aggressionen gegen: | | | | |
| Liebevolles Verhalten | | | | |
| Starkes Fordern | | | | |
| Angst vor : | | | | |

Welche Ziele wollen Sie durch das Training erreichen?

Lt. DSGVO bin ich verpflichtet, Ihr Einverständnis zur Speicherung Ihrer Daten einzuholen. Sollten Sie damit einverstanden sein, lassen Sie mich dies bitte anhand Ihrer Unterschrift wissen.

Ich verpflichte mich selbstverständlich, Ihre Daten für keinerlei anderweitige Zwecke zu verwenden oder an Dritte weiterzugeben.

Ort, Datum

Unterschrift Hundehalter

