

# Reptilien & Amphibien-Anamnese-Bogen

Wir möchten Sie bitten, sich 10 Minuten Zeit zu nehmen um diesen Bogen vor dem ersten Besuch in unserer Praxis gewissenhaft auszufüllen und an uns zu faxen (0241-99009905) oder zu e-mailen (team@vet-ac.de). Die Beantwortung der Fragen erleichtert die Diagnose erheblich. Herzlichen Dank bereits im Voraus.

## Angaben zum Halter:

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

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort-Ortsteil: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_

Fax-Nr.: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

## Angaben zum Tier:

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

Tierart: \_\_\_\_\_

Wissenschaftlicher Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum oder ungefähres Alter: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Jahre

Geschlecht:  weiblich  männlich  unbekannt  kastriert

In Besitz seit: \_\_\_\_\_

Wo erhalten?:  Fachhandel: \_\_\_\_\_

Züchter  Reptilienbörse  Sonstiges: \_\_\_\_\_

Herkunft:  Nachzucht (  eigene  deutsche  sonstiges )  Wildfang  unbekannt

Vergesellschaftet mit: \_\_\_\_\_ männlichen/ \_\_\_\_\_ weiblichen Tieren der Tierart \_\_\_\_\_

Freilauf in der Wohnung:  ja  nein

letzte Kotuntersuchung am: \_\_\_\_\_

Vorerkrankungen: \_\_\_\_\_

Überwiesen von: \_\_\_\_\_

## Angaben zur Haltung:

### Terrarium/Aquarium:

Größe: \_\_\_\_ cm (Breite) x \_\_\_\_ cm (Länge) x \_\_\_\_ cm (Höhe)

Material: \_\_\_\_\_

Aquarium: Landteil vorhanden  ja  nein falls ja: Bodensubstrat \_\_\_\_\_

### Einrichtung:

Bodensubstrat: \_\_\_\_\_

Häufigkeit der Reinigung oder Austausch: \_\_\_\_\_

Pflanzen: \_\_\_\_\_

Wasserteil: Häufigkeit des Wasserwechsels: \_\_\_\_\_

geheizt:  ja  nein Temperatur \_\_\_\_ °C

gefiltert:  ja  nein

wenn ja: Art des Filters: \_\_\_\_\_

Filter ausgelegt für \_\_\_\_\_ Liter Wasser

Wasser per:  Trinkschale  Bad  manuelles Tränken  Dripper oder Beregnung

Luftfeuchtigkeit: \_\_\_\_%

Wie erreicht?  manuelles Besprühen  Beregnungsanlage

Verneblung  Wasserfall

wie oft? \_\_\_\_ mal/Tag

Temperatur: \_\_\_\_ °C

Tag-/Nachtabenkung:  ja  nein

wenn ja: Dauer der tägl. Heizperiode: \_\_\_\_ Std.

Tagestemperatur: \_\_\_\_ °C

Nachttemperatur: \_\_\_\_ °C

Heizung:  Wärmematte: ca. \_\_\_\_% der Landfläche

Wärmestein: ca. \_\_\_\_ x \_\_\_\_ cm

Heizkabel: Länge ca. \_\_\_\_ cm

Heizlampen: Anzahl \_\_\_\_ Stück mit jeweils Watt: \_\_\_\_ W

Unterschiedliche Temperaturzonen im Terrarium:  ja  nein

Wenn ja, welcher Temperaturunterschied: \_\_\_\_ °C bis \_\_\_\_ °C

### Beleuchtung:

Lampen:

natürliches Sonnenlicht

Dauer: \_\_\_\_\_ Stunden/Tag

HQI-Strahler

Lichtfarbe: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_ Monate, Leistung: \_\_\_\_ Watt

Dauer: \_\_\_\_\_ Stunden/Tag

UV-Lampen

Lichtfarbe: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_ Monate, Leistung: \_\_\_\_ Watt

Dauer: \_\_\_\_\_ Stunden/Tag

Neonröhren

Lichtfarbe: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_ Monate, Leistung: \_\_\_\_ Watt

Dauer: \_\_\_\_\_ Stunden/Tag

Basking-Spots

Typ: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_ Monate, Leistung: \_\_\_\_ Watt

Dauer: \_\_\_\_\_ Stunden/Tag

Infrarotlampen  
Typ: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_ Monate, Leistung: \_\_\_ Watt  
Dauer: \_\_\_\_\_ Stunden/Tag

Sonstiges: \_\_\_\_\_  
Typ/Lichtfarbe: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_ Monate, Leistung: \_\_\_ Watt  
Dauer: \_\_\_\_\_ Stunden/Tag

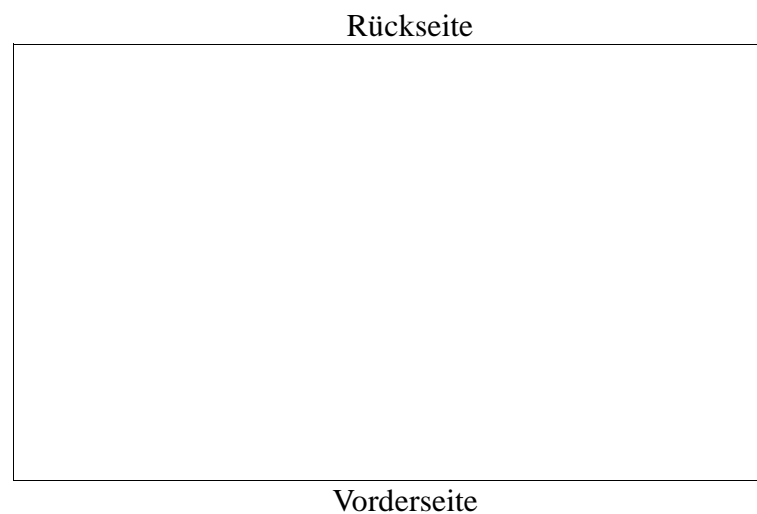
Jahreszeitlicher Rhythmus:  ja  nein

Abschirmung der Lampe:  Glas  Schutzkorb  Gaze  ohne

Abstand der Lampen zum Tier: \_\_\_\_\_ cm

Austausch der Lampen:  alle \_\_\_\_\_ Monate/Jahre  bei Defekt

Bitte zeichnere Sie den Platz der Lampen sowie der sonstigen Wärmequellen (mit Blick von oben auf das Terrarium) ein:



Belüftung:  Lüftungsgitter  Ventilatoren  Sonstiges: \_\_\_\_\_

Überwinterung:  ja  nein

Dauer: ca. \_\_\_\_\_ Wochen / ca. \_\_\_\_\_ Monate

Ort & Behältnis für die Überwinterung: \_\_\_\_\_

Substrat: \_\_\_\_\_

Temperatur: \_\_\_\_\_ °C      Luftfeuchtigkeit: \_\_\_\_\_ % rLF

### **Fütterung:**

Futter: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fütterungsintervall: \_\_\_\_\_

Vitamine: Name des Präparats/Herstellers: \_\_\_\_\_

Häufigkeit: \_\_\_\_\_

Calciumquelle:  Pulver  Sepiaschale  Sonstiges: \_\_\_\_\_

Häufigkeit:  immer für das Tier erreichbar  \_\_\_\_\_

Bezugsquelle des Futters:  Fachhandel  Züchter  Internet  eigene Zucht

Futtertiere:  sofort verfüttert  eigene Zucht  gut-loading (einige Tage angefütert)

Art der Fütterung (Fleisch-/Fisch-/Insektenfresser):  lebend  Frost

## **Aktuelles Problem:**

Symptome: Welche? \_\_\_\_\_

Seit wann? \_\_\_\_\_

o nur dieses Tier betroffen o auch weitere \_\_\_\_\_ (Anzahl) Tiere betroffen

Veränderungen der Haltung in letzter Zeit? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Im letzten Jahr neue Tiere in Haushalt aufgenommen? \_\_\_\_\_

Sind in letzter Zeit Tiere verstorben? \_\_\_\_\_

Vorbehandlung:  ja  nein

Wenn ja: Welches Medikament? \_\_\_\_\_

Falls unbekannt – welche Funktion (z. B. Antibiose): \_\_\_\_\_

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

Dosierung: \_\_\_\_\_

Veränderungen durch Behandlung: \_\_\_\_\_

Bereits erfolgte Diagnostik:  Kotuntersuchung  Röntgen  Ultraschall  CT

Sonstige: \_\_\_\_\_

Bitte beachten Sie, das bereits weit im voraus für Ihren vereinbarten Termin Leistungen erbracht werden, die in Rechnung gestellt werden können. Unsere Tierärzte bereiten sich auf jeden Termin individuell vor, damit wir Ihnen und Ihrem Tier eine möglichst optimierte und stressfreie Behandlung sowie Therapie bieten können.

Können Sie Ihren vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können, muss dieser Termin spätestens 24 Stunden vorher abgesagt werden um weitere anfallende Kosten zu vermeiden.

Sofern bereits relevante Befunde vorhanden sind, bitten wir um deren rechtzeitige Übermittlung an uns.

\_\_\_\_\_

Unterschrift

\_\_\_\_\_

Ort, Datum