



Name des Besitzers:

Name des Tieres:

Gewicht:

Seite 1

Wie hoch ist die Schmerzhaftigkeit bei Ihrer Katze? (1=leicht, 10=sehr starke Schmerzen)									
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>
Auf welchem Bein lahmt Ihre Katze?				<input type="checkbox"/> vorne links		<input type="checkbox"/> vorne rechts			
				<input type="checkbox"/> hinten links		<input type="checkbox"/> hinten rechts			
Seit wann besteht das Problem?				<input type="checkbox"/> weniger 14 Tage		<input type="checkbox"/> länger 14 Tage			
Ist Ihre Katze Freigänger/in				<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein			
Hatte Ihre Katze einen Unfall?				<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> weiß ich nicht	
Wird die Lahmheit besser, je länger Ihre Katze in Bewegung ist?				<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> weiß ich nicht	
Hat Ihre Katze Probleme beim Aufstehen?				<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> weiß ich nicht	
Möchte Ihre Katze noch mit Ihnen oder ggf. anderen Katzen spielen?				<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> weiß ich nicht	
Wird Ihre Katze bei Jagdspiele langsamer, oder macht er/sie öfters eine Pause?				<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> weiß ich nicht	
Hüpft Ihre Katze Treppen mit beiden Hinterbeinen gleichzeitig hoch?				<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> weiß ich nicht	
Nimmt Ihre Katze beim Treppe abwärts laufen jede Stufe einzeln?				<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> weiß ich nicht	
Kann Ihre Katze auf Möbelstücke/Hindernisse springen?				<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> weiß ich nicht	
Hat sich die Höhe der Möbelstücke/Hindernisse verändert?				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> höher <input type="checkbox"/> niedriger		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> weiß ich nicht	
Verwendet Ihre Katze beim Hochspringen die Vorderbeine zum Hochziehen?				<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> weiß ich nicht	
Zögert Ihre Katze beim Runter springen von Hindernissen und/oder tastet sich mit den Vordergliedmaßen langsam nach unten?				<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> weiß ich nicht	
Wurde Ihre Katze schon wegen der Lahmheit mit Medikamenten behandelt?				<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> weiß ich nicht	
Welche?									
Wie lange?									
Bis wann?									
Wurden bei Ihrer Katze schon Untersuchungen gemacht?				<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> weiß ich nicht	
Wenn ja, wann?				<input type="checkbox"/> Röntgen <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRT <input type="checkbox"/> Labor					

Name des Besitzers:

Name des Tieres:

Seite 2

War Ihre Katze schon mal im Ausland?	<input type="checkbox"/> ja:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> weiß ich nicht
Wo?			
Wann?			
Hatte Ihre Katze in der Vergangenheit viele Zecken?	<input type="checkbox"/> ja:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> weiß ich nicht
Hat Ihre Katze andere Erkrankungen?	<input type="checkbox"/> ja:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> weiß ich nicht
Wenn ja, welche?			
Bekommt Ihre Katze für eine andere Krankheit Medikamente?	<input type="checkbox"/> ja:	<input type="checkbox"/> nein	
Wenn ja, welche?			
Hat sich das Verhalten Ihrer Katze verändert?	<input type="checkbox"/> ja:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> weiß ich nicht
Wenn ja, was hat sich verändert?			
Gab es Veränderungen beim Kot- oder Urinabsatz?	<input type="checkbox"/> ja: <input type="checkbox"/> Kot <input type="checkbox"/> Urin	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> weiß ich nicht
Hat sich das Gewicht verändert?	<input type="checkbox"/> zugenommen _____ kg	<input type="checkbox"/> abgenommen _____ kg	<input type="checkbox"/> Konstant

Sonstige Anmerkungen:

Vielen Dank für Ihre Mithilfe und Zeit.