

Tierhalter: _____
Name, Vorname

Patient: _____
Name

Bekommt Ihr Tier aktuell Medikamente? ja nein

Welche? _____

Hat Ihr Tier eine Medikamenten-unverträglichkeit? ja nein

Welche? _____

Hat Ihr Tier schwere Erkrankungen? ja nein

Welche? _____

Ist Ihr Tier bereits einmal operiert worden? ja nein

Was? Wann? _____

Ist Ihnen aggressives Verhalten Ihres Tieres unter Stress (z.B. beim Tierarztbesuch) bekannt? ja nein

Welches? _____
