Kleintier & Reptilien

Anmeldeformular für Reptilienpatienten

Bitte Felder in Blockbuchstaben ausfüllen bzw. Zutreffendes ankreuzen!

BESITZER

Name: _____ **Vorname:** _____

PATIENT

Name: _____ **Reptilienart**: _____

Geschlecht: o männlich o weiblich o unbekannt **Alter:** _____ **Im Besitz seit:** _____

Neuzugang: o Zucht o Wildfang o unbekannt **Haltung:** o Einzelhaltung o Gruppenhaltung o Terrarium o Freiland o andere: _____

Terrarium: Länge: _____ cm Breite: _____ cm Höhe: _____ cm **Temperatur Tag:** wärmste Stelle: _____ °C kälteste Stelle: _____ °C **Temperatur Nacht:** _____ °C

Luftfeuchtigkeit: _____ %

UVB-Beleuchtung:
Art: _____
Abstand zum Tier: _____
Beleuchtungsdauer: _____

Bodengrund: _____

Tageslichtlänge: _____

Was füttern Sie?
o Gartenkräuter o Salat o Obst
o Gemüse o Heu o Pellets
o Heimchen o Mehlwürmer / Zophobas
o Fisch o Reptilienfertigfutter
o Ratten/Mäuse

o anderes: _____

o Lieblingsfutter _____

Calciumquelle: o ja o nein
Wenn ja, welche: _____

Vitamin-/Mineralstoffpräparate: o ja o nein
Wenn ja, welche: _____

_____

Kotabsatz:
o regelmäßig zuletzt am: _____

Überwinterung?: o ja o nein
Wie?: _____

_____
Dauer: _____

Haben Sie noch andere Reptilien?
o ja o nein
Wenn ja, welche: _____

_____

Haltung: o getrennt o gemeinsam

Haben Sie noch andere Tiere?: o ja o nein
Wenn ja, welche: _____

_____

GRUND DES TIERARZTBESUCHES

In kurzen Worten: _____

Kontrolle: o Krallenschneiden o Schnabelkorrektur o Entwurmung o Routineuntersuchung o andere

Erkrankung:
Symptome: _____
Seit wann: _____ wie oft: _____
Verlauf: _____
Vorbehandlung: _____

ÜBERWEISENDER TIERARZT

Name, Ort: _____

praxis

Kleintier & Reptilienpraxis - Dr. Berenike Stöcker (Zusatzbezeichnung Reptilien)
Sonnenstr. 5 – 51645 Gummersbach – Tel.: 02261-65244 - www.reptilien-arzt.de