



# Tierärztliche Praxis Leopoldsdorf

## Fragebogen für Reptilien

Datum: -----

### Besitzer:

Name:	Telefon-Nr:
Straße:	
PLZ und Ort:	

### Tier:

Name:	Reptilienart:	Farbe:
Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> unbekannt		Alter:
Im Besitz seit:	Neuzugang: <input type="checkbox"/> Unbekannt <input type="checkbox"/> Zucht <input type="checkbox"/> Wildfang	

### Haltung:

<input type="checkbox"/> Einzelhaltung <input type="checkbox"/> Gruppenhaltng <input type="checkbox"/> Terrarium <input type="checkbox"/> Freiland			
Terrarium	Länge: cm	Breite: cm	Höhe: cm
Temp.: °C	Luftfeuchtigkeit: %	Ständige Kontrolle: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Einstreu:		Beleuchtung / Tageslichtlänge: Std.	

### Fütterung:

<input type="checkbox"/> Pellets <input type="checkbox"/> Mineralstoffe <input type="checkbox"/> Gras <input type="checkbox"/> Obst <input type="checkbox"/> Mehlwürmer <input type="checkbox"/> Heu <input type="checkbox"/> Salat <input type="checkbox"/> Paradeiser <input type="checkbox"/> Heimchen <input type="checkbox"/> Hundefutter <input type="checkbox"/> Katzenfutter <input type="checkbox"/> Fisch <input type="checkbox"/> Mäuse / Ratten <input type="checkbox"/> andere Leckerbissen (welche?):	
Zuletzt gefressen am:	Wasserangebot:
Kotabsatz: <input type="checkbox"/> regelmäßig	Zuletzt am:
Veränderungen (welche?):	

### Überwinterung, Häutung und Anderes:

Überwinterung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	wie?	Dauer: Wochen
Details zur Häutung:		
Haben Sie noch andere Reptilien? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	welche?	Haltung: <input type="checkbox"/> getrennt <input type="checkbox"/> gemeinsam
Haben Sie noch Andere Tiere?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	welche?

### Grund des Tierarztbesuches in kurzen Worten:

<input type="checkbox"/> Kontrolle <input type="checkbox"/> Krallenschneiden <input type="checkbox"/> Schnabelkorrektur <input type="checkbox"/> Entwurmung <input type="checkbox"/> Routineuntersuch. <input type="checkbox"/> andere (welche?):
--

### Erkrankung:

Symptome:	welche?
	seit wann? wie oft?
Verlauf:	
Vorbehandlung:	Vom Tierarzt:
	selber: