

Kundendatenblatt für die Hundebetreuung

Hundepension und Tagesstätte am Aartalsee

Inhaberin: Desiré Lotz

Auf dem Hofacker 20, 35649 Bischoffen

Tel: 01748993326

E-Mail: hundepension-aartalsee@web.de



Informationen über den Hundehalter

Nachname: _____

Vorname: _____

Anschrift: _____

Kundennummer: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail: _____

Notfallkontakt: _____

Notfallrufnummer: _____

Informationen über den Hund

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Alter: _____

Rasse: _____

Geschlecht: Weiblich Männlich

Größe: _____

Gewicht: _____

Name des Haustierarztes: _____

Anschrift des Haustierarztes: _____

Telefonnummer des Haustierarztes: _____

Ist ihr Hund kastriert? Ja Nein Wenn Ja, Wann? _____

Hat ihr Hund einen Kastrations- /Hormonchip? Ja Nein

Wann wurde der Chip implantiert? _____

Wie lange wirkt der Chip? _____

Ende der letzten Läufigkeit der Hündin? _____

Transponder-Chip/Tasso Nummer? _____

Woher haben Sie Ihren Hund?
(Züchter, Tierschutz, etc.) _____

Informationen über das Futter

Welches Futter bekommt ihr Hund? _____

Wann wird ihr Hund gefüttert? _____

Wie viel Futter bekommt ihr Hund? _____

Verträgt ihr Hund etwas nicht? _____

Sonstiges: _____

Informationen über das Verhalten ihres Hundes

Hat ihr Hund einen Jagdtrieb? Ja Nein

Kann ihr Hund Türen öffnen? Ja Nein

Kann ihr Hund über Zäune springen? Ja Nein

Ist ihr Hund unverträglich gegenüber:

anderen Hunden Ja Nein

anderen Rüden Ja Nein

anderen Hündinnen Ja Nein

Kindern Ja Nein

Sonstigen _____

Informationen zur Gesundheit Ihres Hundes

Liegen besondere Gesundheitsinformationen vor?

| | | | | |
|---------------------|-----------------------------|-------------------------------|------------------|-------|
| Krankheiten | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Wenn Ja, welche? | _____ |
| | | | | _____ |
| Verletzungen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Wenn Ja, welche? | _____ |
| | | | | _____ |
| Allergien | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Wenn Ja, welche? | _____ |
| | | | | _____ |
| Unverträglichkeiten | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Wenn Ja, welche? | _____ |
| | | | | _____ |

Bekommt ihr Hund Medikamente Ja Nein

Wenn Ja, wie muss das Medikament verabreicht werden?

| | | | |
|---------------------|-------|----------------|-------|
| Welches Medikament? | _____ | Verabreichung? | _____ |
| | _____ | Verabreichung? | _____ |
| | _____ | Verabreichung? | _____ |

Wann wurde ihr Hund zuletzt entwurmt? _____

Wann wurde ihr Hund zuletzt gegen folgendes geimpft?

| | |
|-----------------------------|-------|
| Tollwut: | _____ |
| Leptospirose: | _____ |
| Parainfluenza: | _____ |
| Parvovirose: | _____ |
| Staupe: | _____ |
| Hepatitis Contagiosa Canis: | _____ |