

Anmeldeformular für Reptilienpatienten



Kleintierpraxis
Dr. Stöcker

Bitte Felder in Blockbuchstaben ausfüllen bzw. Zutreffendes ankreuzen!

BESITZER

Name:

Vorname:

PATIENT

Name:

Reptilienart:

Geschlecht: männlich weiblich
 unbekannt

Alter: Im Besitz seit:

Neuzugang: Zucht Wildfang
 unbekannt

Haltung: Einzelhaltung Terrarium
 Gruppenhaltung Freiland
 andere:

Terrarium: Länge: cm
Breite: cm
Höhe: cm

Temperatur wärmste Stelle: °C

am Tag: kälteste Stelle: °C

Luftfeuchtigkeit: % Temperatur in der Nacht: °C

Bodengrund:

UVB- Art:

Beleuchtung: Abstand zum Tier:

Beleuchtungsdauer:

Was füttern Sie?

Wildkräuter Salat Obst
 Gemüse Heu Pellets
 Heimchen Mehlwürmer / Zophobas
 Fisch Reptilienfertigfutter
 Ratten / Mäuse
 anderes:

Tageslichtlänge:

Calciumquelle: ja nein

Wenn ja, welche:

Lieblingsfutter:

Vitamin-/Mineralstoffpräparate: ja nein

Wenn ja, welche:

Kotabsatz:

regelmäßig zuletzt am:

Haben Sie noch andere Reptilien?

ja nein
Wenn ja, welche:

Haltung: getrennt gemeinsam

Überwinterung? ja nein

Wenn ja, wie?

Dauer?

Haben Sie noch andere Tiere? ja nein

Wenn ja, welche:

GRUND DES TIERARZTBESUCHES

In kurzen Worten:

Kontrolle: Krallenschneiden Schnabelkorrektur Entwurmung Routineuntersuchung andere

Erkrankung: Symptome:

Seit wann: wie oft:

Verlauf:

Vorbehandlung:

ÜBERWEISENDER TIERARZT

Name, Ort:

Kleintierpraxis Dr. Stöcker, Fachtierärztin für Reptilien

Sonnenstr. 5 · 51645 Gummersbach · Tel. 0 22 61 / 65 2 44 · Fax 0 22 61 / 27 7 14

info@kleintierpraxis-gummersbach.de · www.kleintierpraxis-gummersbach.de