



### Anamnesebogen

#### Halter

Name \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

erster Hund?  ja  nein

Wer gehört zum Haushalt?	Gibt es weitere Haustiere?
_____	_____
_____	_____
_____	_____

#### Hund

Name \_\_\_\_\_

Rasse \_\_\_\_\_

Geschlecht \_\_\_\_\_

Alter \_\_\_\_\_

Größe / Gewicht \_\_\_\_\_

Haftpflichtversichert  ja  nein

Impfstatus  nicht geimpft  vollständig und aktuell

Alter bei Einzug? \_\_\_\_\_

Kastration - Wenn ja, warum wurde die Kastration durchgeführt und wie alt war der Hund dabei?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Herkunft / Vorgeschichte des Hundes

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

bekannte Krankheiten / Medikamente

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wann war der letzter Tierarztbesuch und warum?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Besonderheiten im häuslichen Umfeld?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Beschreiben Sie das Wesen Ihres Hundes

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Haben Sie bereits eine Hundeschule besucht? Wenn ja, zu welchem Anlass und was wurde gelernt?

---

---

---

---

Hat Ihr Hund eine besondere Aufgabe (Hüten, Wachen,..)?

---

---

---

---

Warum haben Sie sich für einen Hund entschieden?

---

---

---

---

---

---

Warum genau diese Rasse?

---

---

---

---

---

---

Wo hält sich der Hund tagsüber auf?

---

---

---

---

Wo schläft der Hund nachts?

---

---

---

---

Muss der Hund zeitweise alleine bleiben?

---

---

---

---

---

Wie oft und wie lange gehen Sie täglich spazieren?

---

---

---

---

---

Folgt Ihnen der Hund innerhalb der Wohnung?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Sonstige Hinweise

---

---

---

---

---

---

---

---



Gibt es Probleme im Zusammenleben  
mit Ihrem Hund?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Wann trat es zuerst auf?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Wurden bereits Maßnahmen dagegen unternommen?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Was ist Ihre persönliche Zielsetzung? Was soll sich ändern?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Wie ist das Ressourcenverhalten...

...mit Futter?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

...mit Objekten?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Wie ist das Sozialverhalten gegenüber anderen Hunden?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Wie ist Ihr Hund ausgelastet - spezielle Beschäftigungen?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Was genau wünschen Sie sich von mir?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



**Haben Sie folgende Verhaltensweisen schon einmal bei Ihrem Hund beobachtet?**

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an

	nie	selten	häufiger	oft
Rastlosigkeit, Hund kommt nicht zur Ruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hund wird nie müde, will spielen bis zum "Umfallen"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
unangemessen nervöses Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
unangemessen aggressives Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hund wirkt abwesend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zittern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hecheln ohne vorherige Anstrengung oder Wärme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übertriebenes Lecken oder Kratzen des Fells	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gegenstände zerstören	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bellen, Winseln usw.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
in die Wohnung machen (Stubenreinheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
er zieht störend an der Leine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aggression gegen andere Hunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aggression gegen Menschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aggression gegen Menschen des gleichen Haushalts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aggression gegen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kuscheln, Schmusen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufforderung zum Spiel oder anderen Interaktionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angst vor _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	klappt sehr zuverlässig (auch unter Ablenkung)	klappt oft	klappt nicht zuverlässig	Klappt selten
	9 - 10 von 10 Versuchen	7 - 8 von 10 Versuchen	6 - 4 von 10 Versuchen	0 - 3 von 10 Versuchen
Laufen an lockerer Leine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Signal "SITZ"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Signal "PLATZ"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Signal für Rückruf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abbruchsignal " _____ " (z. B. "NEIN", "AUS", .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich bin einverstanden, dass meine Daten ausschließlich von Antje Wolf genutzt und nicht an Dritte weitergegeben werden

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die wahrheitsgemäße Beantwortung aller Fragen

Datum

Unterschrift