



BIOCONTROL

Veterinär. Labor. Partner.

Anamnesebogen

Mikrobiom Hund / Dysbiose-Index Katze

● PRAXISANSCHRIFT ODER STEMPEL *

Hier bitte Auftrags-
barcode einkleben!

● PATIENTENDATEN *

Tierhalter*in: _____

Tag der Probenahme: _____

Name des Patienten: _____

Erstuntersuchung

Tierart: _____ Geburtsdatum: _____

Folgeuntersuchung zu Auftrag: _____

Rasse: _____

Geschlecht: m w kastriert

Aktuelles Gewicht in kg: _____

● ERNÄHRUNG

Trockenfutter ja nein

● ENTWURMUNG

Marke und Sorte: _____

Datum der letzten Entwurmung: _____

Feuchtfutter ja nein

Präparatenname (falls bekannt): _____

Marke und Sorte: _____

● SONSTIGE MEDIKAMENTE/ NAHRUNGSERGÄNZUNGEN (INNERHALB DER LETZTEN 4 WOCHEN)

Barf ja nein

Präparatenname: _____

Proteinquelle: _____

Dosierung: _____

Kohlenhydrat-Quelle: _____

Dauer der Gabe: _____

Leckerchen ja nein

Präparatenname: _____

Marke und Sorte: _____

Dosierung: _____

● PRÄ-/PROBIOTIKA (INNERHALB DER LETZTEN 4 WOCHEN)

Dauer der Gabe: _____

Präparatenname: _____

Präparatenname: _____

Dosierung: _____

Dosierung: _____

Dauer der Gabe: _____

Dauer der Gabe: _____

Präparatenname: _____

Präparatenname: _____

Dosierung: _____

Dosierung: _____

Dauer der Gabe: _____

Dauer der Gabe: _____

* Angaben zwingend erforderlich



Anamnesebogen

Mikrobiom Hund / Dysbiose-Index Katze

	0	1	2	3
Verhalten/Aktivität des Tieres	normal <input type="checkbox"/>	geringgradig reduziert <input type="checkbox"/>	mittelgradig reduziert <input type="checkbox"/>	hochgradig reduziert <input type="checkbox"/>
Futteraufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erbrechen	kein Erbrechen <input type="checkbox"/>	1x/Woche <input type="checkbox"/>	3x/Woche <input type="checkbox"/>	>3x/Woche <input type="checkbox"/>
Kotkonsistenz	normal <input type="checkbox"/>	weicher Kot <input type="checkbox"/>	sehr weicher Kot <input type="checkbox"/>	wässriger Durchfall <input type="checkbox"/>
Kotabsatzfrequenz	normal <input type="checkbox"/>	2-3x/Tag <input type="checkbox"/>	4-5x/Tag <input type="checkbox"/>	5x/Tag <input type="checkbox"/>
Durchfall	nein <input type="checkbox"/>	1x/Monat <input type="checkbox"/>	1x/Woche <input type="checkbox"/>	täglich <input type="checkbox"/>
Verlauf Körpergewicht	kein Gewichtsverlust <input type="checkbox"/>	5% Verlust an Körpermasse <input type="checkbox"/>	5-10% Verlust an Körpermasse <input type="checkbox"/>	>10% Verlust an Körpermasse <input type="checkbox"/>
Juckreiz	normal <input type="checkbox"/>	mehrmals am Tag <input type="checkbox"/>	sehr häufig, fast nicht abzulenken <input type="checkbox"/>	
• Körper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Ohren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Pfoten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	