



**BIOCONTROL**

Veterinär. Labor. Partner.

# Anamnesebogen

## Mikrobiom Hund / Dysbiose-Index Katze

### ● PRAXISANSCHRIFT ODER STEMPEL \*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hier bitte Auftrags-  
barcode einkleben!

### ● PATIENTENDATEN \*

Tierhalter\*in: \_\_\_\_\_

Name des Patienten: \_\_\_\_\_

Tierart: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Rasse: \_\_\_\_\_

Geschlecht: ☐ m ☐ w ☐ kastriert

Aktuelles Gewicht in kg: \_\_\_\_\_

Tag der Probenahme: \_\_\_\_\_

☐ Erstuntersuchung

☐ Folgeuntersuchung zu Auftrag: \_\_\_\_\_

### ● ERNÄHRUNG

Trockenfutter ☐ ja ☐ nein

Marke und Sorte: \_\_\_\_\_

Feuchtfutter ☐ ja ☐ nein

Marke und Sorte: \_\_\_\_\_

Barf ☐ ja ☐ nein

Proteinquelle: \_\_\_\_\_

Kohlenhydrat-Quelle: \_\_\_\_\_

Leckerchen ☐ ja ☐ nein

Marke und Sorte: \_\_\_\_\_

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

Präparatename: \_\_\_\_\_

Dosierung: \_\_\_\_\_

Dauer der Gabe: \_\_\_\_\_

Präparatename: \_\_\_\_\_

Dosierung: \_\_\_\_\_

Dauer der Gabe: \_\_\_\_\_

### ● ENTWURMUNG

Datum der letzten Entwurmung: \_\_\_\_\_

Präparatename (falls bekannt): \_\_\_\_\_

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

Präparatename: \_\_\_\_\_

Dosierung: \_\_\_\_\_

Dauer der Gabe: \_\_\_\_\_

Präparatename: \_\_\_\_\_

Dosierung: \_\_\_\_\_

Dauer der Gabe: \_\_\_\_\_

### ● GGF. BEMERKUNGEN

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\* Angaben zwingend erforderlich



# Anamnesebogen

## Mikrobiom Hund / Dysbiose-Index Katze

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