



# Anamnesebogen Dysbiose-Index

## ● 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

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



# Anamnesebogen Dysbiose-Index

	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>Verhalten/Aktivität des Tieres</b>	normal <input type="checkbox"/>	geringgradig reduziert <input type="checkbox"/>	mittelgradig reduziert <input type="checkbox"/>	hochgradig reduziert <input type="checkbox"/>
<b>Futtermaufnahme</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Erbrechen</b>	kein Erbrechen <input type="checkbox"/>	1x/Woche <input type="checkbox"/>	3x/Woche <input type="checkbox"/>	>3x/Woche <input type="checkbox"/>
<b>Kotkonsistenz</b>	normal <input type="checkbox"/>	weicher Kot <input type="checkbox"/>	sehr weicher Kot <input type="checkbox"/>	wässriger Durchfall <input type="checkbox"/>
<b>Kotabsatzfrequenz</b>	normal <input type="checkbox"/>	2-3x/Tag <input type="checkbox"/>	4-5x/Tag <input type="checkbox"/>	5x/Tag <input type="checkbox"/>
<b>Durchfall</b>	nein <input type="checkbox"/>	1x/Monat <input type="checkbox"/>	1x/Woche <input type="checkbox"/>	täglich <input type="checkbox"/>
<b>Verlauf Körpergewicht</b>	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"/>
<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"/>	