



Fragebogen für die Ernährungsberatung

BrainCheck.Pet – Tierärztliche Beratungspraxis für Tierepilepsie
Dr. Dr. Benjamin Andreas Berk MSc MRCVS, Resident ECVCN
Sachsenstraße 103 · 68309 Mannheim
Tel. 0341/22735558 Email: info@braincheck.pet

► Tierbesitzer / Praxisstempel

Vor- und Zuname: _____

Strasse: _____

PLZ / Wohnort: _____

Telefon/Handy: _____

eMail: _____

► Grund für die Beratung: Neurodiätetik/ Epilepsie Andere Zielführung

- Allgemeine Beratung Rationsüberprüfung Rationsberechnung bzw. -anpassung
 Erkrankungsorientierte Fütterung Maßgeschneiderte Vitamin-Mineralstoff-Mischung

► Tier Hund Katze Pferd Sonstiges:

Name: _____ Rasse: _____

Alter: _____ Jahre Geburtsdatum: _____

Geschlecht: weiblich männlich Kastriert: ja nein

► Gewicht Aktuelles Gewicht: _____ kg Geschätztes Ideal-/Endgewicht: _____ kg

**bei Welpen: (Ideal-)Gewicht der Eltern: _____ kg (Vater) _____ kg (Mutter)*

Sind die Rippen fühlbar? ja nein

► Aktivität ruhig, liegt viel normal sehr aktiv

► Verhaltenstyp nervös, leicht gestresst ängstlich ausgeglichen aggressiv

Hat sich das Verhalten in letzter Zeit verändert? ja nein

Wenn ja, inwiefern: _____

► Verdauung Kotabsatz: _____ mal/Tag Menge/Konsistenz: _____

Blähungen: keine/kaum normal vermehrt

► Beschwerden / Erkrankungen **Bitte legen Sie, sofern vorhanden, die letzten Laborergebnisse bei.*

Art der Erkrankung/Probleme/Symptome: _____

Seit wann: _____

Medikamente (Name, Dosis, Dauer, Abstand zur Fütterung): _____

► Derzeitige Fütterung

Bitte wiegen Sie alle Futterkomponenten ab oder geben Sie übliche Größen an (z.B. 1 Ei oder 1 Apfel).

Bitte geben Sie auch den Hersteller und die genaue Produktbezeichnung an.

Fertigfutter:

Trockenfutter: _____ g/Tag

_____ g/Tag

_____ g/Tag

Dosenfutter: _____ g/Tag

_____ g/Tag

_____ g/Tag

Frisches Futter:

*Bei BARF-Rationen legen Sie uns gerne Ihren Wochenplan dazu.

1. Fleisch oder Fisch R o h gewicht:

_____ g pro Tag ODER pro Woche

_____ g pro Tag ODER pro Woche

_____ g pro Tag ODER pro Woche

_____ g pro Tag ODER pro Woche

2. Innereien R o h gewicht:

_____ g pro Tag ODER pro Woche

_____ g pro Tag ODER pro Woche

_____ g pro Tag ODER pro Woche

_____ g pro Tag ODER pro Woche

3. (fleischige) Knochen R o h gewicht:

_____ g pro Tag ODER pro Woche

_____ g pro Tag ODER pro Woche

_____ g pro Tag ODER pro Woche

* bei Barfern: Hersteller bzw. Lieferant(en): _____

4. Kohlenhydrate (z.B. Kartoffeln, Nudeln, Reis, Hirse, Haferflocken, etc.)

_____ Trockengewicht Kochgewicht _____ g pro Tag pro Woche

_____ Trockengewicht Kochgewicht _____ g pro Tag pro Woche

_____ Trockengewicht Kochgewicht _____ g pro Tag pro Woche

_____ Trockengewicht Kochgewicht _____ g pro Tag pro Woche

5. Gemüse / Obst: _____ g pro Tag ODER pro Woche

_____ g pro Tag ODER pro Woche

_____ g pro Tag ODER pro Woche

_____ g pro Tag ODER pro Woche

6. Öle / Fette:

_____	_____	<input type="checkbox"/> TL	<input type="checkbox"/> EL	<input type="checkbox"/> Gramm	<input type="checkbox"/> pro Tag	ODER	<input type="checkbox"/> pro Woche
_____	_____	<input type="checkbox"/> TL	<input type="checkbox"/> EL	<input type="checkbox"/> Gramm	<input type="checkbox"/> pro Tag	ODER	<input type="checkbox"/> pro Woche
_____	_____	<input type="checkbox"/> TL	<input type="checkbox"/> EL	<input type="checkbox"/> Gramm	<input type="checkbox"/> pro Tag	ODER	<input type="checkbox"/> pro Woche

7. Weitere Zutaten (z.B. Milchprodukte, Ei, Brot, etc.):

_____	_____ g	<input type="checkbox"/> pro Tag	ODER	<input type="checkbox"/> pro Woche
_____	_____ g	<input type="checkbox"/> pro Tag	ODER	<input type="checkbox"/> pro Woche
_____	_____ g	<input type="checkbox"/> pro Tag	ODER	<input type="checkbox"/> pro Woche

8. Belohnungen / Leckerlis / Kauprodukte / Snacks:

_____	_____	<input type="checkbox"/> g	<input type="checkbox"/> Stck.	<input type="checkbox"/> pro Tag	ODER	<input type="checkbox"/> pro Woche
_____	_____	<input type="checkbox"/> g	<input type="checkbox"/> Stck.	<input type="checkbox"/> pro Tag	ODER	<input type="checkbox"/> pro Woche
_____	_____	<input type="checkbox"/> g	<input type="checkbox"/> Stck.	<input type="checkbox"/> pro Tag	ODER	<input type="checkbox"/> pro Woche
_____	_____	<input type="checkbox"/> g	<input type="checkbox"/> Stck.	<input type="checkbox"/> pro Tag	ODER	<input type="checkbox"/> pro Woche

9. Sonstige Ergänzungen (Mineralfutter, Kräuter, Eierschalen, Seealgen, Lebertran, etc.):

_____	_____ g	<input type="checkbox"/> pro Tag	ODER	<input type="checkbox"/> pro Woche
_____	_____ g	<input type="checkbox"/> pro Tag	ODER	<input type="checkbox"/> pro Woche
_____	_____ g	<input type="checkbox"/> pro Tag	ODER	<input type="checkbox"/> pro Woche
_____	_____ g	<input type="checkbox"/> pro Tag	ODER	<input type="checkbox"/> pro Woche

► **Fütterungspraxis** Wie viele Mahlzeiten füttern Sie? _____ pro Tag

Wie sieht die Rationsgestaltung aus? _____

► **Anmerkungen/Wünsche** (z.B. was mag Ihr Tier besonders gern/überhaupt nicht...)

► **Wodurch haben Sie von uns erfahren?** _____

**Wurden Sie vom Tierarzt überwiesen? Dann geben Sie uns bitte den Namen für die Rücküberweisung an.*

Ich erteile Ihnen hiermit den Auftrag zur Ernährungsberatung und bin damit einverstanden, dass mir die Kosten gemäß der Gebührenordnung für Tierärzte (GOT) nach Aufwand in Rechnung gestellt werden:

Ort, Datum

Unterschrift