

# Anmeldeformular für Reptilienpatienten

Bitte Felder in Blockbuchstaben ausfüllen bzw. Zutreffendes ankreuzen!



## BESITZER

Name:

Vorname:

## PATIENT

Name:

Reptilienart:

Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich  
☐ unbekannt

Alter:  Im Besitz seit:

Neuzugang: ☐ Zucht ☐ Wildfang  
☐ unbekannt

Haltung: ☐ Einzelhaltung ☐ Terrarium  
☐ Gruppenhaltung ☐ Freiland  
☐ andere:

Terrarium: Länge:  cm  
Breite:  cm  
Höhe:  cm

Temperatur wärmste Stelle:  °C  
am Tag: kälteste Stelle:  °C

Luftfeuchtigkeit:  % Temperatur in der Nacht:  °C

Bodengrund:

UVB- Art:

Beleuchtung: Abstand zum Tier:

Beleuchtungsdauer:

### Was füttern Sie?

☐ Wildkräuter ☐ Salat ☐ Obst  
☐ Gemüse ☐ Heu ☐ Pellets  
☐ Heimchen ☐ Mehlwürmer / Zophobas  
☐ Fisch ☐ Reptilienfertigfutter  
☐ Ratten / Mäuse  
☐ anderes:

Tageslichtlänge:

Calciumquelle: ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche:

☐ Lieblingsfutter:

Vitamin-/Mineralstoffpräparate: ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche:

### Kotabsatz:

☐ regelmäßig zuletzt am:

### Haben Sie noch andere Reptilien?

☐ ja ☐ nein  
Wenn ja, welche:

Haltung: ☐ getrennt ☐ gemeinsam

Überwinterung? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wie?

Dauer?

Haben Sie noch andere Tiere? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche:

## GRUND DES TIERARZTBESUCHES

In kurzen Worten:

Kontrolle: ☐ Krallenschneiden ☐ Schnabelkorrektur ☐ Entwurmung ☐ Routineuntersuchung ☐ andere

Erkrankung: Symptome:

Seit wann:  wie oft:

Verlauf:

Vorbehandlung:

## ÜBERWEISENDER TIERARZT

Name, Ort:

Kleintierpraxis Dr. Schleicher

Gummersbacher Str. 21 · 51645 Gummersbach · Tel. 0 22 61 / 65 2 44  
info@kleintierpraxis-gummersbach.de · www.kleintierpraxis-gummersbach.de