



Tierarztpraxis Dr. Diana Ruf

Ihre Haustierarztpraxis

Bahnhofstr. 8 83673 Bichl

Tel.: 08857 / 8 99 11 4

www.tieraerztin-ruf.de

Fragebogen zur Rationsüberprüfung

Besitzer *wenn Sie bereits Kunde unserer Praxis sind, müssen Sie die Adressangaben nicht ausfüllen*

Name: _____

Adresse: _____

Telefon/Handy: _____

E-Mail: _____

Tier

Hund Katze

Name: _____

Rasse: _____

Alter: _____ Jahre, Geburtsdatum: _____

Geschlecht: männlich weiblich kastriert? ja nein

Aktuelles Gewicht: _____ kg

Idealgewicht: _____ kg

Hält aktuelles Gewicht nimmt stetig zu nimmt stetig ab

bei Welpen:

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

Kotabsatz: _____ mal pro Tag

Blähungen: keine selten oft

Bestehen aktuell Beschwerden oder Erkrankungen? Wenn ja, welche?

Nimmt Ihr Tier Medikamente? Wenn ja welche?

Derzeitige Fütterung

- Bitte wiegen Sie alle Futterkomponenten ab oder geben Sie übliche Größen an (z.B. 1 Ei oder 1 Apfel)
- bitte kreuzen Sie jeweils an, ob sich die Menge auf einen Tag **oder** auf eine Woche bezieht
- bitte geben Sie bei Fertigfutter den Hersteller und die genaue Produktbezeichnung an

Fertigfutter

Trockenfutter (Kroketten, Flocken...):

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

Dosenfutter:

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

Frisches Futter

- bitte geben Sie immer das Gewicht im **Rohzustand** an
- bei BARF-Rationen legen Sie uns gerne Ihren Wochenplan dazu.

1. Frisches Fleisch, Fisch, Innereien, fleischige Knochen

Bei *Fleisch* bitte Sorte angeben und ob fett oder mager, bei *Fisch* bitte Sorte angeben, bei *Innereien* bitte angeben, welche Art Innereien (z.B. Leber, Pansen) oder Knochen (z.B. Hühnerhälse, Rippen)

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

2. Nudeln, Reis, Getreide, Pseudogetreide, Kartoffeln

bitte geben Sie das Rohgewicht an

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

3. Gemüse, Obst

bitte geben Sie das Rohgewicht an

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

4. Öl, Fett

1 EL Öl entspricht etwa 10g, 1 TL Öl etwa 5g

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

5. weitere Zutaten (Milchprodukte, Ei, Backwaren...)

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

6. Belohnungen, Leckerchen, Kauprodukte etc.

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

_____ g pro Tag pro Woche

_____ g pro Tag pro Woche

_____ g pro Tag pro Woche

_____ g pro Tag pro Woche

_____ g pro Tag pro Woche

7. BARF-Pakete, Fertig-BARF, Hundewurst, etc.

Bezeichnung, Sorte: _____ Firma, Shop: _____

Prot. _% Fett _% Asche _% Feuchte _% Menge __ g p. Tag p. Woche

Bezeichnung, Sorte: _____ Firma, Shop: _____

Prot. _% Fett _% Asche _% Feuchte _% Menge __ g p. Tag p. Woche

Bezeichnung, Sorte: _____ Firma, Shop: _____

Prot. _% Fett _% Asche _% Feuchte _% Menge __ g p. Tag p. Woche

Bezeichnung, Sorte: _____ Firma, Shop: _____

Prot. _% Fett _% Asche _% Feuchte _% Menge __ g p. Tag p. Woche

Bezeichnung, Sorte: _____ Firma, Shop: _____

Prot. _% Fett _% Asche _% Feuchte _% Menge __ g p. Tag p. Woche

8. Ergänzungen: Mineralfutter, Kräuter, Eierschalen, Seealgen, Lebertran, etc

_____ g pro Tag pro Woche

_____ g pro Tag pro Woche

_____ g pro Tag pro Woche

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

Wenn Sie an uns überwiesen wurden, geben Sie bitte für die Rücküberweisung Namen und Adresse Ihres Tierarztes an:

Ich erteile der Tierarztpraxis Dr. Diana Ruf hiermit den Auftrag zur Rationsüberprüfung und -optimierung und bin damit einverstanden, dass mir die Kosten gemäß der Gebührenordnung für Tierärzte (GOT) in Rechnung gestellt werden

Ort, Datum, Unterschrift