



Klinik für Heimtiere, Reptilien und Vögel
ANAMNESEBOGEN REPTIL

Easyvet T/ _____

ALLGEMEINE DATEN	Haltername		Datum:		
	Spezies		ggf. lateinischer Name		
	Alter	O ___ Monate	oder	O ___ Jahre	O unbekannt
	Geschlecht	O männlich		O weiblich	O unbekannt
	Herkunft	O Nachzucht		O aus Deutschland	O unbekannt
		O Wildfang		O aus dem Ausland	
	In Besitz seit				
	andere Reptilien im Terrarium	gleiche Spezies:	Tiere	andere Spezies:	Tiere welche?
andere Reptilien im Haushalt	gleiche Spezies:	Tiere	andere Spezies:	Tiere welche?	

UNTERBRINGUNG	O Terrarium		O Aquaterrarium		O frei im Raum		O Freiland			
	Größe	ca. (L).....x (B).....x (H)..... cm					m ²			
	Bodensubstrat									
	Temperatur	tags	max. °C		min. °C		O unbekannt			
		nachts	max. °C		min. °C		O unbekannt			
	Wärmequellen	O Rotlicht O Heizmatte O Keramikstrahler O Konvektionsstrahler O Andere								
		Steuerung:				Dauer: ___ Stunden /Tag				
	rel. Luftfeuchte	tags: %	nachts: %		O einsprühen – wie oft:					
	Lichtquelle	Hersteller/Fabrikat:						Stärke: ___ Watt		
		Anzahl der Lampen: ___ Stück			UV-Strahler: O ja O nein O ?					
		Abstand zum Boden: ___ cm			Letzter Lampenwechsel vor ___ Monaten					
		Beleuchtungsdauer: ___ Stunden/Tag			Beleuchtungsprogramm O ja O nein Intervall: ___ h/min Hell-Dunkelphase					
	Wasserangebot	O ja	O nein	Art:		Häufigkeit Reinigung: ___ /Woche				
	Badeangebot	O ja	O nein	Häufigkeit:		Häufigkeit Reinigung: ___ /Woche				
Wird das Reptil aktiv gebadet? O ja O nein falls, ja, wie oft?										
Bei Aquaterrarium	Anteil Landfläche %			Häufigkeit Wasserwechsel:						
	Anteil Wasserfläche %			Filter: O ja O nein						

FÜTTERUNG	tierisch:	O ja	O was?	
		O lebend/tot	nein	
	Häufigkeit:		% am Gesamtfutter:	
	pflanzlich:	O ja	O was?	
			nein	
	Häufigkeit:		% am Gesamtfutter:	
Mineralstoffe	O ja	O nein	Name	Häufigkeit:
	Menge je Fütterung:			
Vitamine	O ja	O nein	Name	Häufigkeit:

SPEZIELLE DATEN	Winterruhe	O nein	O Keller	O Kühlschrank	O Freiland	O	
		Temperatur		min.: °C	max. °C		
		Dauer		Anzahl Wochen:			
	Letzte Legetätigkeit	Wann?	Anzahl: Eier?			Probleme: O ja O nein	
	Letzte Häutung						
	Vorerkrankungen						
	Erkrankungen im Bestand						
Vorbehandlungen							