

Gastaufnahme/Checkliste

Name des Hundes: _____ Geb. Datum/ Alter: _____

Rasse: _____ Farbschlag: _____

männlich weiblich Kastriert _____
(Datum letzte Läufigkeit bei Hündinnen)

Kennzeichnung (Chip-Nr./ Tätowierung) _____

Behandelnder Tierarzt Name, Adresse und Telefonnummer: _____

Hatte Ihr Hund schon eine Operation? Wenn ja welche und wann? _____

Ist Ihr Hund mit allen Hunden verträglich? ja nein Verträgt sich nicht mit:
Rüden kastrierten Rüden Hündinnen Welpen Alle

Ist Ihr Hund mit Katzen verträglich? ja nein weiß nicht

Hat Ihr Hund Allergien oder Unverträglichkeiten? _____

Urlaubsadresse und Tel. des Besitzers _____

Notfallperson Name und Tel. (nicht Besitzer) _____

Fressgewohnheiten: morgens mittags abends Menge _____ /Mischung _____
(Anz. d. Mahlzeiten) (z.B. Trockenfutter m. Wasser)

Medikamentengabe _____ tägl. _____ mal mit _____
(Name Medikament) Anzahl Futter/Wasser/Injektion

Schlafgewohnheiten: _____
(schläft gewöhnlich wo? Bett, Hundekorb, alleine o. mit im Zimmer der Halter u.a.)

Spaziergänge: darf frei laufen muss an die Leine

Darf im See baden ja nein

Letzte Behandlung gegen Zecken, Flöhe, Ungeziefer: _____
(Wenn mehr als 8 Wochen zurück, wird durch uns kostenpflichtig behandelt) (Datum)

Letzte Behandlung gegen Würmer: _____
(Wenn mehr als 4 Wochen zurück, wird durch uns kostenpflichtig behandelt) (Datum)

Besonderheiten: _____

Datum/ Unterschrift Hundebesitzer _____

Vielen Dank für Ihre Unterstützung

