# Fragebogen Katze

Datum der Konsultation:

Bitte per EMAIL und als WORD-DOKUMENT zurückschicken an: medvet@mayanimal.ch

**Kontaktangaben**

|  |
| --- |
| Name, Vorname Strasse und Hausnummer PLZ Ort Tel Email  |
| Woher haben Sie von uns gehört? [ ]  Tierarzt [ ] Bekannte [ ] Internet [ ]  Anderes   |
| Ihr Tierarzt (Name, Telefon, Email) Dürfen wir Ihren Tierarzt kontaktieren, um die Krankengeschichte Ihrer Katze zu erhalten? [ ]  ja [ ]  nein |
| **Ihre Katze/n** |
| Name/n Rasse Farbe Geschlecht [ ]  Kätzin [ ]  Kater [ ]  nicht kastriert [ ]  kastriert Haben Sie nach der Kastration eine Verhaltensveränderung festgestellt?) [ ]  nein [ ]  ja, nämlich Geburtsdatum Jetziges Gewicht  |
| Alter bei Übernahme  |
| Wie würden Sie die Persönlichkeit Ihrer Katze beschreiben? |
| Denken Sie, Ihre Katze ist sensibel? [ ]  nein [ ]  ja, weil  |
| Was macht Ihre Katze am liebsten?  |
| Was macht Ihre Katze am wenigsten gern?  |
| **Das aktuelle Problem**Vorstellungsgrund Problemsituationen Grundproblem Faktoren Copingmechanismen |
| **Verhalten**: Bitte beschreiben Sie das aktuelle Verhaltensproblem: |
| **Beginn**: Wie alt war Ihe Katze, als es anfing?  |
| **Kontext**: In welchen Situationen tritt es auf? |
| **Häufigkeit**: Wie häufig tritt es auf? (pro Tag/Woche/Monat/Jahr)  |
| **Erholung**: Wie lange dauert es, bis sich Ihr Tier erholt hat? |
| **Vorfälle**: Bitte beschreiben Sie im Detail:Den ersten Vorfall dieses Verhaltens:Den letzten Vorfall dieses Verhaltens:Einen weiteren Vorfall, an den Sie sich erinnern mögen |
| **Verlauf**Wird das Problem: [ ]  besser [ ] schlechter [ ]  bleibt gleich  |
| **Intensität**: Auf einer Skala von 0 – 10, wo sehen Sie das Problem jetzt? (0 = kein Problem, 10 = schlimmste vorstellbare Situation)       |
| **Ursachen**: Haben Sie eine Idee, was die Ursache des Problems sein könnte?      |
| **Therapieversuche**: Was haben Sie schon versucht, um das Problem anzugehen? Wie erfolgreich waren die Versuche?      |
| **Ihre Sorgen:** Was ist für Sie das grösste Problem und die grösste Sorge?      |
| **Wünsche**: Was erhoffen Sie sich von der Verhaltenskonsultation? |
| **Weitere Informationen:**       |
| **Das generelle Verhalten Ihrer Katze/n**Stress Angst Aggression Anzeichen Angst/Stress Repetitiv Spielen Putzen/Nagen Elimination Markierverhalten |
| **Stress**: In welchen Situationen scheint Ihre Katze gestresst/überfordert?      |
| **Angst:** In welchen Situationen hat Ihre Katze Angst?      |
| **Aggression**: In welchen Situationen zeigt Ihre Katze aggressives Verhalten (z.B. Knurren, Fauchen, Pfotenhiebe, Kratzen, Beissen, ...)?      |
| **Anzeichen von Stress/Angst:** Wie sehen Sie es Ihrer Katze an, dass sie gestresst ist oder Angst hat?      |
| **Repetitives Verhalten:** Zeigt Ihre Katze irgendwelche repetitive Verhaltensweisen (z.B. übermässiges Putzen, Lichterjagen, etc.)?[ ]  nein [ ]  ja, nämlich  |
| **Spielverhalten**Spielt Ihe Katze? [ ]  nein [ ]  ja[ ]  Alleine – wie?: [ ]  Mit anderen Katzen – wie?: [ ]  Mit Ihnen – wie?: [ ]  Mit anderen Personen – wie?:  [ ]  Anderes – wie?:  |
| **Putzverhalten / Kratzen**Leckt, kratzt oder nagt sich Ihre Katze übermässig? [ ]  ja [ ]  nein |
| **Eliminationsverhalten**Ist Ihre Katze stubenrein? [ ]  ja [ ]  nein |
| **Markierverhalten** Markiert Ihre Katze[ ]  reibt Ihre Katze ihre Wangen an Gegenständen und Personen?[ ]  markiert Ihre Katze mit Urin?[ ]  markiert Ihre Katze durch Kratzen von Gegenständen, Möbeln, Wänden, etc.?      |
| **Gesundheit / Therapien**GIT Bewegungsapparat Schmerzen Haut/Fell Immunsystem CV Respiration Urogenital Hormonell Neurologisch Energie generell Hitze/Kälte Schmerzempfindlichkeit Medikamente PE Blutuntersuchung |
| **Körperliche Probleme**: Krankheiten, an denen Ihre Katze früher gelitten hat und/oder heute leidet.      |
| **Operationen:** Operationen, die Ihre Katze hatte (inkl. Kastration).      |
| **Tierarztbesuch**: Wann waren Sie das letzte Mal beim Tierarzt? Was wurde untersucht? Was wurde diagnostiziert?Datum: Untersuchungen: Diagnose: |
| **Blutuntersuchung**: Wann war der letzte Blutuntersuch Ihrer Katze? Was wurde festgestellt?Datum: Befunde:  |
| **Behandlungen**: Hat Ihre Katze je Medikamente, Phytotherapeutika, Homöopathika oder Ergänzungsfuttermittel erhalten oder erhält er sie momentan? [ ]  für ein gesundheitliches Problem: [ ]  für ein Verhaltensproblem: [ ] Andere Therapieform (Akupunktur, Chirpraxis, Osteopathie, etc.):  |
| **Ernährung**Was füttern Sie Ihrer Katze?[ ]  Trockenfutter (Marke: )[ ]  Nassfutter (Marke: )[ ]  Selbstgekocht [ ]  BarfenWann füttern Sie Ihre Katzen? Wo füttern Sie Ihre Katzen? Wie ist der Appetit Ihrer Katze? Wieviel trinkt Ihre Katze pro Tag?  |
| **Wohnsituation / Umfeld**Stimulation Ruhe/Rückzugsorte Kontakte |
| **Tiere**: Welche weiteren Tiere leben bei Ihnen im Haushalt und wie ist die Beziehung zu diesenName, Tierart, Geschlecht, kastriert oder nicht: |
| **Familienmitglieder**Name und Alter aller Familienmitglieder (inklusive Sie selbst), die im gleichen Haushalt leben und ihre Beziehung zu den Katzen: |
| **Wohnumgebung**[ ]  in einem Haus [ ]  in einer WohnungAnzahl Zimmer: Zu welchen Zimmern hat die Katze Zugang? Wie ist die Wohnumgebung: [ ]  ländlich, abgelegen [ ] ländlich Dorf [ ]  Dorf laut [ ]  Stadt ruhig [ ]  Stadt laut      |
| **Auslauf**Hat Ihre Katze Zugang zum Freien?[ ]  ja [ ]  nein [ ]  ja, auf einen geschützten Balkon / Bereich[ ]  keine Katzentüre [ ]  Katzentüre mit Mikorchip-Kontrolle [ ]  Katzentüre ohne Mikrochip-KontrolleWieviel Zeit verbringt Ihre Katze draussen?       |
| **Katzenkistchen**Wieviele Katzenkistchen stehen der Katze / den Katzen zur Verfügung?      Wo stehen diese Kistchen?      Welche Art Einstreu benutzen Sie?      Verwenden Sie immer dieselbe Art Einstreu? [ ]  ja [ ]  neinWie häufig entfernen Sie Urin und Kot aus dem Kistchen?       |
| **Entwicklung**Sozialisierung Genetik Frühentwicklung Stimulation erstes Lebensjahr SPS Anzeichen |
| **Herkunft**bitte beschreiben Sie den Ort, an dem Ihre Katze ihre ersten Lebensmonate verbracht hat (z.B. Bauernhof, Zucht, Ausland, abgelegen, ruhig, laut, etc.)  |
| **Katzenwelpen**: Wie viele Kätzchen waren im Wurf? Wie haben sie sich verhalten?  |
| **Elterntiere**: Haben Sie die Mutterkätzin und den Vater gesehen? wie haben sie sich verhalten? |
| **Vorbesitzer**: Hatte Ihre Katze schon Vorbesitzer? Falls ja, was wissen Sie darüber? |
| **Erstes Lebensjahr:** Wieviel Kontakt mit Menschen und anderen Katzen hatte Ihre Katze in ihrem ersten Lebensjahr? |
| **Alltag**Physische Stimulation mentale Stimulation emotionale Stimulation Ruhe/Schlaf Kontakte Alleinesein |
| **Ein typischer Tag:** Beschreiben Sie 24 Stunden eines typischen Tages Ihrer Katze: |
| **Schlaf**Wo hält sie sich v.a. auf und wo schläft sie?  |
| **Entspannung** Kann sie sich entspannen?[ ]  ja [ ]  nein       |
| **Alleinesein**Wie lange ist die Katze pro Tag alleine? Wo ist sie, wenn sie alleine ist? Ist das Alleinsein ein Problem?  |
| **Training / Kommunikation**Welpe Erkennen der Körpersprache durch Besitzer Kommunikation feiner Signale Kommunikationsproblem Bes-Hd Lernen/Konz Training |
| **Belohnung und Bestrafung:** Wie lassen Sie Ihre Katze wissen, wenn sie etwas gut resp. schlecht gemacht hat?Belohnung: Bestrafung:  |
| **Lernen / Konzentration**Wie lernt Ihre Katze Ihrer Meinung nach? [ ]  schnell [ ]  mittelmässig [ ]  langsamWeshalb?  |
| **Sozialverhalten**Hunde Menschen Tiere Situationen/Reize |
| **Katzenbegegnungen:** Wie verhält sich Ihre Katze:Katzen in demselben Haushalt     Unbekannte Katzen:  |
| **Menschenbegegnungen:** Wie verhält sich Ihre Katze:Bekannten Personen Unbekannten Personen Kindern Besuchern  |
| **Andere Tiere** |
| **Aggressives Verhalten**Verteidigt sich Ihre Katze bei gewissen Kontaktversuchen?[ ]  nein [ ]  ja, Falls ja, bitte beschreiben Sie die Körperregionen und die Situationen: Hat Ihre Katze je jemanden (Mensch oder Tier) angegriffen oder gebissen? [ ]  nein [ ]  ja Falls ja, bitte beschreiben Sie die Situation: Zeigt Ihre Katze je aggressives Verhalten?[ ]  nein [ ]  jaFalls ja, beschreiben Sie bitte die Situationen: |
| **Bestimmte Situationen**Wie verhält sich Ihre Katze in den folgenden Situationen:* **Neu** (neue Situationen, neue Objekte, unbekannte Umgebungen):
* **Viele Reize** (z.B. Besuch)
* **Visuelle Reize**
* **Geräusche** (z.B. Feuerwerk, Gewitter, Dinge, die herunterfallen, etc.):
* **Gerüche:**
* **Berührungen:**
* **Emotionale Lage / Stimmung zuhause:**
 |
| **Weitere Informationen**Gibt es weitere Informationen, die sie uns geben möchten? |

**Bericht**

**[ ]** Ich wünsche einen kurzen, stichwortartigen Bericht (im Preis inbegriffen)

[ ]  Ich wünsche einen ausführlichen Bericht (+ CHF 80.-)

**Tierarzt**

**[ ]** Bitte schicken Sie meinem Tierarzt auch einen Bericht

**Einverständnis**

Dürfen wir von Ihre Katze während der Konsultation Videoaufnahmen und Fotos machen? [ ]  ja [ ]  nein

Dürfen wir diese Aufnahmen für Unterrichtszwecke (Studenten / Vorträge) verwenden? [ ]  ja [ ]  nein