



FRAGEBOGEN KATZENVERHALTEN

Für eine möglichst genaue Einschätzung Ihres Tieres benötigen wir umfassende und detaillierte Informationen. Bitte senden Sie den vollständig ausgefüllten Bogen an mail@tiervershalten-zurr.de. Alle Angaben werden vertraulich behandelt. Bitte beachten Sie die aktuellen Datenschutzbestimmungen unter www.tiervershalten-zurr.de/datenschutz und **bestätigen Sie Ihr Einverständnis:**

- Ich habe die Datenschutzerklärung gelesen.
- Mit der Zusendung des ausgefüllten Fragebogens, digital oder ausgedruckt, erteile ich einen Behandlungsauftrag und stimme ausdrücklich der notwendigen Speicherung und Verarbeitung meiner Daten gemäß Datenschutzerklärung zu.
- Hiermit bestätige ich, dass meine Unterlagen auch von Tierärztinnen, die sich bei Frau Dr. Zurr in der Weiterbildung zur Zusatzbezeichnung Verhaltenstherapie befinden, gelesen werden dürfen.

STAMMDATEN TIERHALTER:IN

Anrede	<input type="radio"/> Frau	<input type="radio"/> Herr	Titel	<input type="text"/>
Name	<input type="text"/>		Vorname	<input type="text"/>
Straße, Hausnr.	<input type="text"/>		PLZ, Stadt	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>		E-Mail	<input type="text"/>

STAMMDATEN TIER

Rufname	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>
Rasse	<input type="text"/>	In Besitz seit	<input type="text"/>
Farbe	<input type="text"/>	Herkunftsland	<input type="text"/>
Gewicht aktuell	<input type="text"/>	Mikrochip Nr.	<input type="text"/>
Geschlecht	<input type="radio"/> weiblich	<input type="radio"/> männlich	
Kastration	<input type="radio"/> unkastriert	<input type="radio"/> kastriert am	<input type="text"/>
		<input type="radio"/> Kastrations-Chip am	<input type="text"/>
			<input type="checkbox"/> 6 Mon. <input type="checkbox"/> 12 Mon.
Ggf. Tierkrankenversicherung & Versicherungsnummer	<input type="text"/>		

HAUSTIERARZT / HAUSTIERÄRZTIN ODER TRAINER:IN BZW. KATZENVERHALTENSBERATER:IN (KVB)

Bitte Name und Kontaktdaten angeben!

Haustierarzt	<input type="text"/>
Trainer:in / KVB	<input type="text"/>

Von wem wurden Sie überwiesen? Haustierarzt/-ärztin Trainer:in / KVB gar nicht

Dürfen wir Ihren Haustierarzt & Trainer / KVB bei Fragen kontaktieren? ja nein



WOHER STAMMT IHRE KATZE?

Herkunft Züchter Privat Tierheim Auslandstierschutz* Sonstiges

*Infektions-/Reisekrankheiten bisher nicht getestet im Ausland getestet in Deutschland getestet

Alter beim ersten Kennenlernen

Alter bei Übernahme

Wenn bekannt: Wurfgröße

Anzahl Vorbesitzer

War Ihre Katze eine Handaufzucht? ja nein unbekannt

Wenn bekannt: Informationen zu den Eltern- oder Geschwistertieren.

(z.B. der wievielte Wurf des Züchters / des Muttertieres, Vorerkrankungen, Charaktereigenschaften oder Verhaltensauffälligkeiten...)

Wenn bekannt: Wie ist Ihre Katze aufgewachsen? Bitte beschreiben Sie den bisherigen Lebensweg Ihrer Katze.

(z.B. bisher bei Einzelperson/Familie, Haus/Wohnung, Freigang, Bauernhof, Kontakt zu anderen Katzen / Tieren / Kindern...)

ZU HAUSE

Kann Ihre Katze zu Hause gut zur Ruhe kommen?

Wie reagiert Ihre Katze auf die Türklingel?

Wie reagiert Ihre Katze auf fremde Besucher zu Hause oder z.B. auf Paketboten oder Handwerker?

Tierärztliche Praxis für Verhaltenstherapie

Eibacher Hauptstr. 141A • 90451 Nürnberg

mail@tiervershalten-zurr.de • 0177 - 87 88 241

www.tiervershalten-zurr.de



GESUNDHEIT

Wird Ihre Katze regelmäßig tierärztlich untersucht?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	zuletzt	<input type="text"/>
Ist Ihre Katze regelmäßig geimpft?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	zuletzt	<input type="text"/>
Ist Ihre Katze regelmäßig entwurmt?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	zuletzt	<input type="text"/>

Was ist zuletzt untersucht worden? (Bitte Befunde anhängen oder mitbringen)

Hat/Hatte Ihre Katze Erkrankungen, hatte einen Unfall, musste operiert werden o.ä.? nein ja:

Bekommt Ihre Katze aktuell Medikamente? Wenn ja seit wann, in welcher Dosierung? nein ja:

Hat Ihre Katze bekannte Allergien oder Unverträglichkeiten? nein ja:

Wie reagiert Ihre Katze auf die Transportbox?

Wie verhält sich Ihre Katze auf der Fahrt und in der Tierarztpraxis?



WIE LEBT IHRE KATZE?

Haltung Innenhaltung Innen + Balkon/Terrasse Nur draußen

Freigang kein Freigang Freigang
 nur unter Aufsicht eingezäunter Bereich an der Leine

Indoor: Wie viele Etagen stehen der Katze zur Verfügung?

Wie viele Zimmer?

Wie viele Quadratmeter?

Bei einer Etage: Welches Stockwerk?

Besteht z.B. am Fenster Sicht- / Hörkontakt zu fremden Katzen?

Welche Kratzmöglichkeiten hat Ihre Katze (Material, horizontal/vertikal), welche werden bevorzugt genutzt?

Wo hält sich Ihre Katze häufig auf? Hat sie eigene Plätze? Bitte beschreiben Sie Standort und Beschaffenheit.

Tagsüber:

Nachts:

Bitte skizzieren Sie einen ungefähren Wohnungsgrundriss oder halten Sie einen solchen zum Termin bereit.

Markieren Sie darin folgende Standorte: Katzentoiletten, Futterplätze, Trinkplätze, Kratzplätze, Schlafplätze.

Wenn Verhaltensauffälligkeiten in der Wohnung auftreten, markieren Sie bitte auch wo diese gehäuft auftreten.



FÜR FREIGÄNGER

- Hat Ihre Katze jederzeit freien Zugang nach draußen (z.B. Katzenklappe)? ja nein
- Hat Ihre Katze im Freilaufbereich die Möglichkeit zu jagen? ja* nein
- Hat Ihre Katze im Freilaufbereich direkten Kontakt zu Artgenossen? ja** nein

Bitte beschreiben Sie den Freilaufbereich Ihrer Katze (z.B. Garten, Wald, ländlich, Wohngebiet, Stadt).

Wie lange und zu welchen Uhrzeiten hält sich Ihre Katze durchschnittlich draußen auf?

*Fängt Ihre Katze Beutetiere? Frisst sie sie?

**Wie laufen typische Begegnungen mit anderen Katzen ab? Gibt es spezielle „Freunde“ oder „Feinde“?



FAMILIENLEBEN

Partnertiere: Einzelhaltung weitere Katzen andere Haustiere Besuchstiere

Name	Tierart/Rasse	Geschlecht	Alter	Verhältnis zur Katze
		OW OM <input type="checkbox"/> kstr.		
		OW OM <input type="checkbox"/> kstr.		
		OW OM <input type="checkbox"/> kstr.		
		OW OM <input type="checkbox"/> kstr.		
		OW OM <input type="checkbox"/> kstr.		

Welche Personen leben im Haushalt?

Name	Geschlecht	Alter	Verhältnis zur Katze
	OW OM		

Gab es größere Veränderungen seit Sie Ihre Katze haben? (z.B. Umzug/Renovierung, Partner, Geburt, Todesfall, Haustiere)

Betrachten Sie Ihre Katze als Familienmitglied?

Wer ist hauptverantwortlich für die Katze?

Wer füttert die Katze?

Wer pflegt die Katze (Fellpflege, Katzenklo..)?

Wer geht zum Tierarzt und gibt Medikamente?

Bitte beschreiben Sie den Tagesablauf in Ihrem Haushalt. Ist dieser jeden Tag ähnlich oder gibt es Unterschiede?

Tierärztliche Praxis für Verhaltenstherapie

Eibacher Hauptstr. 141A • 90451 Nürnberg

mail@tiervershalten-zurr.de • 0177 - 87 88 241

www.tiervershalten-zurr.de



Dr. med. vet. Daniela Zurr

Wie oft und wie lange ist Ihre Katze üblicherweise allein? Wie lange maximal?

Wie wird Ihre Katze während der Urlaubszeit betreut? Kommt sie mit, wird zu Hause betreut, geht in Pension..?

Welche sozialen Aktivitäten finden im Alltag wie oft und wie lange statt?

Kuscheln

Spielen

Fellpflege

Sonst. Pflege*

*z.B. Zähneputzen, Krallen, Ohren, Augen...

Können Sie Ihre Katze überall und zu jeder Zeit anfassen? Oder gibt es Einschränkungen?

Wie sieht ein typisches Spiel mit Ihrer Katze aus? Was ist das Lieblingsspiel Ihrer Katze?

Wie reagiert Ihre Katze auf neue / ungewohnte Situationen? Zum Beispiel neue Möbel, Handwerker im Haus...

Trainieren Sie bisher mit Ihrer Katze? (z.B. Clickertraining, Tricktraining, Transportboxtraining, Medical Training...)

Haben Sie manchmal Angst vor Ihrer Katze?

ja

nein

Wenn ja, merkt Ihre Katze wenn sie Angst haben?

ja

nein



KULINARISCHES

Wie oft und zu welchen Zeiten füttern Sie Ihre Katze? Bitte ausführlich beschreiben.

Welche Näpfe, Wasser-/Futterspender oder Futterspielzeuge verwenden Sie?

Welches Futter füttern Sie überwiegend? Bei BARF/Selbstgekocht bitte die Zusammensetzung beschreiben.

Welches Futter frisst Ihre Katze am liebsten?

Was sind die Lieblingsleckerchen Ihrer Katze?

Bekommt Ihre Katze Essen vom Tisch?

Bekommt Ihre Katze Futterergänzungsmittel? (z.B. Vitaminpräparate, pflanzliche oder homöopathische Mittel)

KATZENKLO, KATZENKLO...

Wie viele Katzenttoiletten haben Sie aufgestellt?

Welche Katzenstreu benutzen Sie?

Haben die Katzenttoiletten einen Deckel?

ja nein teilweise

Wie häufig reinigen Sie die Katzenttoiletten?

Setzt Ihre Katze manchmal Kot oder Urin außerhalb der Katzenttoiletten ab?

nein ja*

Bei Problemen mit Unsauberkeit füllen Sie bitte zusätzlich den **Ergänzungs-Fragebogen „Unsauberkeit“ aus.*



VERHALTEN

Bitte beschreiben Sie möglichst genau das vorliegende Verhaltensthema:

Wie häufig tritt das Verhalten auf?

Wann und in welcher Situation trat das beschriebene Verhalten zum ersten Mal auf?

Seit wann haben Sie das Verhalten als Problem wahrgenommen?

Erkennen Sie bestimmte Auslöser oder einen Zusammenhang mit der Jahres- oder Tageszeit?

Wie haben sich die Verhaltensprobleme seit ihrem ersten Auftreten entwickelt?

Wann war der jüngste Vorfall? Bitte beschreiben Sie ihn möglichst genau:

Wie reagieren Sie auf das unerwünschte Verhalten Ihrer Katze?

Wie reagiert Ihre Katze auf Ihre oben genannten Maßnahmen?

Tierärztliche Praxis für Verhaltenstherapie

Eibacher Hauptstr. 141A • 90451 Nürnberg

mail@tiervershalten-zurr.de • 0177 - 87 88 241

www.tiervershalten-zurr.de



Wurden bereits Behandlungsversuche unternommen? Wenn ja, bitte genau beschreiben (durch wen, wann, womit, welche Effekte konnten während/nach der Behandlung beobachtet werden?). nein ja:

Gibt oder gab es andere, nicht so gravierende Probleme? nein ja:

Hat sich das sonstige Verhalten / Aktivitätslevel Ihrer Katze verändert? (z.B. vokalisiert mehr, schläft zu anderen Zeiten oder an anderen Plätzen, andere Körperhaltungen, veränderte Aktivität, geht mehr oder weniger raus...) nein ja:

Verhält sich die Katze manchmal aggressiv gegenüber Tieren oder Menschen im Haushalt? nein ja:

Was lieben und schätzen Sie besonders an Ihrer Katze?

Was ist Ihr Ziel / Was wünschen Sie sich von der Verhaltensberatung?

Bitte senden Sie den ausgefüllten Bogen per E-Mail an mail@tiervershalten-zurr.de

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit und Ihr Vertrauen!