

# STAMMBLATT

NR: \_\_\_\_\_



Name, Vorname (Hundehalter) \_\_\_\_\_

Name (Hund) \_\_\_\_\_

Rasse / beteiligte Rassen \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Geschlecht  männlich  weiblich

Chip-Nummer \_\_\_\_\_

Heimtierregister \_\_\_\_\_ Nummer \_\_\_\_\_

Steuernummer \_\_\_\_\_

Impfpass-Nummer \_\_\_\_\_ Geimpft am \_\_\_\_\_

Entwurmt am \_\_\_\_\_

Zeckenbehandlung am \_\_\_\_\_

Kastriert  ja  nein oder chem. gechipt am \_\_\_\_\_

**Erkrankungen**  ja  nein

Wenn ja, welche  
(z. B. Allergien, HD,  
Herzerkrankungen etc.)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Daraus resultierende  
Sonderbehandlungen  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Medikamente**  ja  nein

Medikament	Dosierung	Uhrzeit	Besonderheiten

## Behandelnder Tierarzt

Praxis \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_



NR: \_\_\_\_\_



**Fütterung**

ja  nein

Futter (N=nass, T=trocken, B=Barf, Z=Zusätze, L=Leckerli)	Menge in g/Stück	Uhrzeit	Besonderheiten

**Wichtiges**

z. B. Ängstlichkeit,  
wo nicht anfassen,  
Angewohnheiten etc.

---

---

---

---

**Besondere Wünsche**

---

---

---

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift  
HundehalterIn / Bevollmächtigter

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Hundepension Oderdeich  
Hundepension Oderdeich

