

Fragebogen zur Erforschung von CCL bei verschiedenen Hunderassen

DATUM: _____

Rasse des Hundes: _____

Rufname des Hundes: _____

Zuchtbuchname des Hundes: _____

ZB-Nummer: _____

Geschlecht: _____ Kastriert: ja () nein: () Geburtsdatum: _____

Name des Besitzers: _____

Telefon/Fax: _____

Anschrift: _____

behandelnder Tierarzt mit Tel.-Nr. / e-mail (bitte angeben, ob Haustierarzt, Ophthalmologe oder Neurologe und Name der Praxis, Klinik oder Hochschule:

Hiermit willige ich ein, dass Sie meinen Tierarzt kontaktieren, um die Krankengeschichte meines Hundes, sowie diagnostische Maßnahmen und ggf. Therapien

zu besprechen: _____ (Unterschrift)

VERHALTENSÄNDERUNGEN

(im Vergleich zum früheren
Verhalten Ihres Hundes)

	normal	leicht veränd.	mittel veränd.	stark veränd.	ständig (ankreuzen)	zeitweilig	Beschreiben Sie die Veränderungen (ggf. auf einem Extrablatt, dann bitte Nr. angeben)
01. Stubenreinheit	()	()	()	()	()	()	
02. Fressgewohnheiten	()	()	()	()	()	()	
03. Nervosität	()	()	()	()	()	()	
04. Verhalten gegenüber anderen Hunden	()	()	()	()	()	()	
05. Aggressivität zu Hunden o. and. Tieren	()	()	()	()	()	()	
06. Aggressivität gegenüber Menschen	()	()	()	()	()	()	
07. Dulden von Kämmen oder Baden	()	()	()	()	()	()	
08. Verhalten beim Alleinebleiben	()	()	()	()	()	()	
09. Fähigkeit, Kommandos zu verstehen bzw. darauf zu reagieren	()	()	()	()	()	()	
10. Fähigkeit, den eigenen Namen zu erkennen bzw. darauf zu reagieren	()	()	()	()	()	()	
11. der Hund erkennt Sie /Fam.-angehörige	()	()	()	()	()	()	
12. der Hund erkennt Bekannte	()	()	()	()	()	()	
13. Fähigkeit zu Hören	()	()	()	()	()	()	
14. laute oder ungewöhnliche Geräusche beunruhigen ihn	()	()	()	()	()	()	
15. Entwicklung von Zwangshandlungen oder sich ständig wiederholenden Verhaltensweisen	()	()	()	()	()	()	
16. im Kreis laufen	()	()	()	()	()	()	
17. Unruhe bei Nacht	()	()	()	()	()	()	
18. unangemessenes oder ständiges Bellen	()	()	()	()	()	()	
19. steht in der Ecke	()	()	()	()	()	()	
20. läuft gegen Wände	()	()	()	()	()	()	
21. hat Panikattacken	()	()	()	()	()	()	

VERÄNDERUNGEN DER KÖRPERLICHEN AKTIVITÄT

(im Vergleich zu früher)

22. beim Treppensteigen	<input type="checkbox"/>					
23. beim Springen auf/von Couch o. Stuhl	<input type="checkbox"/>					
24. Zittern oder Schwanken	<input type="checkbox"/>					
25. Anfälle	<input type="checkbox"/>					
26. Steifheit oder Schwäche	<input type="checkbox"/>					
27. Fähigkeit zu kauen / zu schlucken	<input type="checkbox"/>					
28. Probleme in der Bewegung oder Koordination	<input type="checkbox"/>					
29. veränderte Haltung (z.B. aufgekrümmter Rücken)	<input type="checkbox"/>					
30. Rute ist nicht mehr oben	<input type="checkbox"/>					
31. Sehvermögen bei Tag	<input type="checkbox"/>					
32. Sehvermögen bei Nacht/in Dämmerung	<input type="checkbox"/>					
33. Fähigkeit, das, was er sieht, zu verarbeiten	<input type="checkbox"/>					

BEGINN DER VERÄNDERUNG VON VERHALTEN UND KÖRPERLICHEN SYMPTOMEN

34. Wenn Sie angekreuzt haben, dass einige körperliche Veränderungen und/oder Verhaltensstörungen nur zeitweilig vorkommen, können Sie dann Auslöser erkennen, die diese Symptome/ Zustände verursachen oder verschlechtern?

35. In welchem Alter haben Sie die ersten Verhaltensabweichungen, die Sie oben beschrieben haben, festgestellt? _____ Jahre

36. In welchem Alter haben Sie die ersten körperlichen Veränderungen, die Sie beschrieben haben, bemerkt? _____ Jahre
weitere Hinweise:

(ggf. auf Extrablatt)