



## Vragenlijst

### Algemene informatie

Datum bezoek: \_\_\_\_\_ Naam diereigenaar: \_\_\_\_\_  
 Naam van dier: \_\_\_\_\_ Hond/Kat/Anders: \_\_\_\_\_ Ras: \_\_\_\_\_  
 Geslacht:  M  V Gecastreerd:  ja  nee Geboortedatum: \_\_\_\_\_  
 Huidig gewicht: \_\_\_\_ kg Is het lichaamsgewicht de laatste tijd veranderd? Indien ja, hoeveel? \_\_\_\_\_  
 Datum laatste inenting: \_\_\_\_\_ Datum laatste ontworming: \_\_\_\_\_  
 Is uw huisdier in het buitenland geweest?  Ja  Nee Indien ja, waar en wanneer: \_\_\_\_\_

### Achtergrond informatie

Eetlust verhoogd/verminderd?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	Spiertrekkingen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Braken?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	Vachtverzorging verminderd?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Diarree?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	Problemen met traplopen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Verstopping?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	Verminderde activiteit?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Problemen met ontlasting?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	Slaperigheid?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Drinkt meer?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	Kauwen op, likken van of opeten van vreemde voorwerpen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Plast meer?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	Meer blaffen/miauwen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Toename in buikomvang?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	Indien ja, overdag of 's nachts?	<input type="checkbox"/> overdag	<input type="checkbox"/> 's nachts
Huidveranderingen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	Chagerijng, aggressief?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Stinkt uit mond?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	Schuwer of banger?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Problemen met kauwen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee			

Gedragsveranderingen? Indien ja, hoe?  
 Ja  Nee

Andere bijzonderheden? Indien ja, welke?  
 Ja  Nee

Datum laatste operatie: Datum: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_  
 reden: \_\_\_\_\_ reden: \_\_\_\_\_ reden: \_\_\_\_\_

Medicijngeschiedenis,  
 eerdere behandelingen  
 en huidige behandeling: