

Tierarztpraxis Bieber
- Frank Mittenzwei -

Besitzer:

Name: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer:

• Festnetz: _____

• Mobil: _____

E-Mail: _____

Tierdaten:

Tiername: _____

Tierart (deutsch/lat.): _____

Geburtsdatum: _____ Geschlecht: männlich weiblich unbekannt

In Besitz seit: _____

Herkunft:

Nachzucht Wildfang unbekannt

Privater Halter Züchter Zoohandel Reptilienbörse sonstiges: _____

Haltung:

Einzelhaltung Mit Artgenossen mit artfremden Tieren

Falls das Tier mit Artgenossen vergesellschaftet ist, geben Sie bitte

• die Art: _____

• die Anzahl: _____

• das Alter: _____

• das Geschlecht: _____

der übrigen Tiere an.

Abmessungen des Terrariums/ Aquariums/ Geheges (Länge x Tiefe x Höhe in cm)

Terrarium: Aus Holz Aus Glas Sonstiges: _____

Ganzjährig Im Winter Nachts

Aquarium: Wasserhöhe (cm): _____

Wasserwechsel (Häufigkeit, Menge): _____

Filter (Hersteller, Liter/Stunde): _____

Innenfilter Außenfilter

Freiland/Garten: Ganzjährig Im Sommer Tagsüber

Gehege Teich

Frei in der Wohnung Gelegentlicher Wohnungsauslauf Auf dem Balkon



Tierarztpraxis Bieber

- Frank Mittenzwei -

Bodengrund (Art, Höhe in cm): _____

Versteckmöglichkeiten: _____

Klettermöglichkeiten: _____

Bepflanzung: Künstlich lebend

Wenn lebend, welche: _____

Wasserschale Badeschale

Luftfeuchtigkeit: _____%

durch: Regenanlage Vernebler Sprühen (Häufigkeit: _____)

Temperatur:

• Tagsüber: Unter der Wärmequelle: _____°C

Umgebung/Wasser: _____°C

• Nachts: Unbeheizt

Beheizt auf _____°C

Beheizungsart: Wärmelampe Heizmatte Heizkabel Sonstige: _____

Beleuchtung:

Art (Wärmespot / Rotlicht / Keramikstrahler / Röhre / Energiesparwendel etc.): _____

Name/Hersteller: _____

Wattanzahl: _____ Abstand zum Tier (cm): _____

Leuchtdauer: _____

UV-Licht: nein

ja: Art (s.o.): _____

Name/Hersteller: _____

Leuchtdauer: _____

Häufigkeit: _____

Abstand zum Tier: _____

Fütterung:

Art: _____ Lebend Frost/Tot

Bei Insekten: Anzahl und Größe / Fütterung: _____

Gemüse: _____

Obst: _____

Häufigkeit? : _____

Menge? : _____

Ergänzung mit Zusatzfuttermitteln (Calcium, Vitamine, Mineralien, etc.):

nein

ja: Art: _____

Hersteller: _____

Häufigkeit: _____

Wasseraufnahme: selbstständig von Hand sonstiges: _____

Baden Sie Ihr Tier? nein ja: Wie oft? _____



Überwinterung:

- nein
 ja: Ort: _____
Temperatur: _____
Dauer: von _____ bis _____
Substrat: _____

Sonstiges:

- Eiablage:
 nein
 ja: Datum/Größe des Geleges: _____

Letzte Häutung (ca. wann?): _____

Bisherige Kotuntersuchung (Datum / Befund): _____

Vorherige Erkrankungen: nein ja: _____
Womit behandelt? _____

Werden andere Reptilien oder Amphibien im Haushalt gehalten?

- nein ja: _____

Sind im letzten Jahr neue Tiere hinzugekommen (auch zur Pflege)?

- nein ja: _____

War ihr Tier in Pflege (z.B. Winterschlaf- / Urlaubsbetreuung)? nein ja

Gab es Kontakt zu anderen Reptilien oder Amphibien? nein ja

Sind andere Tiere erkrankt? nein ja: _____

Hatten Sie Todesfälle? nein ja: Todesursache: _____

Zusätzliche Bemerkungen: _____

