

## Anamesebogen Erstkontakt

Datum

---

Name des Halters

---

Straße, Haus-Nr.

---

PLZ, Ort

---

Mobil

---

E-Mail

---

Name des Hundes

---

Geburtsdatum des Hundes

---

Rasse / Mischling aus

---

Warum haben sie sich für diese Rasse entschieden ?

Wie haben sie sich über die Rasse informiert ?

Geschlecht

Hündin

Rüde

Ist der Hund kastriert?

Ja

Nein

Wie alt war der Hund zum Zeit-punkt der Kastration ?

Weshalb wurde Ihr Hund kastriert?

Woher haben Sie Ihren Hund?

---

Seit wann lebt er bei Ihnen?

---

Wie alt war er, als er zu Ihnen kam?

---

Hatte er schon Vorbesitzer?

 Ja Nein

Was wissen Sie über die Vorgeschichte ihres Hundes ?

Welche Menschen und Tiere gehören zum sozialen Umfeld ihres Hundes ?  
Hundesitter nicht vergessen Schwester, Mutter, Oma etc.

Leben in Ihrem Haushalt noch andere Hunde ?

 Ja Nein

Wenn ja, wie viele ? Bitte Alter, Rasse und Geschlecht angeben.

Ist das ihr erster Hund ?

 Ja Nein

In welcher Wohngegend leben Sie?

Welche Probleme gibt es im Zusammenleben mit ihrem Hund

Was genau tut er dann ?

Wie genau hat sich dieses Verhalten entwickelt ?

spontan     eher schleichend

Wann ist Ihnen dieses Verhalten zuerst aufgefallen ?

Waren Sie schon einmal in einer Hundeschule ?

Ja     Nein

Falls ja, was hat er dort erlernt?

Sind Sie gerne dort hingegangen?

Ja     Nein

Haben sie nach Trainingsanleitungen aus dem Internet gearbeitet ?

Ja     Nein

Falls ja, was haben sie trainiert ?

Wie waren ihre Erfolge ?

Haben sie nach Tipps von anderen Hundehaltern gearbeitet ?

Ja     Nein

Falls ja, welche Tipps haben sie erhalten ?

Wie waren ihre Erfolge ?

Wo hält sich der Hund tagsüber hauptsächlich auf?

---

Wo schläft der Hund nachts?

---

Wie viele Stunden ist der Hund normalerweise alleine?

---

Folgt Ihnen der Hund in der Wohnung gerne auf Schritt und Tritt ?

---

Gibt es Situationen, in denen Ihr Hund gestresst erscheint?

 Ja Nein

Wenn ja, welche ?

Bleibt Ihr Hund problemlos alleine zu Hause ?

 Ja Nein

Falls nein, was tut er dann? **Nicht ausfüllen wenn das das Hauptproblem ist. Sonderanamesebogen**

Wie oft und wie lange gehen Sie täglich mit Hund spazieren?

---

Wie gestalten sie den Spaziergang ?

Der Hund läuft dabei...

überwiegend an der Leine

überwiegend frei

sowohl als auch

Der Hund hat dabei...  häufig Kontakt zu anderen Hunden

selten Kontakt zu anderen Hunden

Zeigt er beim Spaziergang Angst  
oder reagiert er aggressiv?

Wie ist das Verhalten in fremder  
Umgebung ?  sicher-stabil

leicht unsicher

unsicher-ängstlich

unsicher-aggressiv

Wie ist das Temperament des Hundes ?  phlegmatisch

ruhig

normal

aktiv

lebhaft

hektisch

nervös

cholerisch

Zieht Ihr Hund an der Leine?  Ja  Nein

Was füttern Sie als Hauptmahlzeit ?

---

Bekommt Ihr Hund auch Knabberartikel  
oder Leckerchen ?  Ja  Nein

Spielen Sie regelmäßig mit Ihrem Hund ?  Ja  Nein

Wie oft ?

---

Wie lange ?

---

Leidet Ihr Hund an einer chronischen Erkrankung ?

Ja  Nein

Falls ja, an welcher?

Bekommt Ihr Hund regelmäßig Medikamente ?

Ja  Nein

Falls ja, welche?

Seit wann bekommt er diese Medikamente ?

Leidet Ihr Hund an Hautkrankheiten ?

Ja  Nein

Falls ja an Welchen ?

**Haben Sie folgende Verhaltensweise schon einmal bei Ihrem Hund beobachtet? Bitte ankreuzen:**

	nie	selten	häufiger	oft
Ratlosigkeit, Hund kann nicht zur Ruhe kommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hund wird nie müde, will spielen bis zum „Umfallen“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unangemessenes, nervöses oder aggressives Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hund wirkt abwesend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zittern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hecheln ohne vorherige Anstrengung oder Wärme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übertriebenes Lecken oder Kratzen des Fells	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zerstörung von Gegenständen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bellen, Winseln usw.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stubenunreinheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Der Hund zieht störend an der Leine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aggressionen gegen andere Hunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aggressionen gegen Menschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aggressionen gegen Menschen des gleichen Haushalts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liebevolles Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Starkes Fordern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angst vor, Unsicherheit etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bitte ankreuzen:**

**Klappt swhr zuverlässig**

**klappt oft**

**klappt selten**

**Laufen an lockerer Leine**

ohne Ablenkung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit Ablenkung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Platz**

ohne Ablenkung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit Ablenkung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Sitz**

ohne Ablenkung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit Ablenkung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Verbotswort (Nein, Aus etc.)**

ohne Ablenkung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit Ablenkung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Hier**

ohne Ablenkung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit Ablenkung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bleib**

ohne Ablenkung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit Ablenkung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Der Name**

ohne Ablenkung

mit Ablenkung


**Haben Sie noch Anmerkungen ?**