

ROYAL CANIN Bio-Check

Ist Ihr Tier in Bestform?

chronische Gelenkprobleme
Herzsch
Zahn- und Zahnfleischentzündung
chronische Nie
Übergewicht
erzschwäche



Nehmen Sie sich ein paar Minuten Zeit und beantworten bitte die folgenden Fragen – Ihre Antworten können Hinweise auf altersbedingte Erkrankungen geben und helfen, einen individuellen Vorsorgeplan zu erstellen. Bitte besprechen Sie den ausgefüllten Bio-Check mit Ihrer Tierärztin/Ihrem Tierarzt.

Zutreffendes bitte ankreuzen

Alter
Rasse
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
kastriert	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wie leben Sie mit Ihrem Hund ?	<input type="checkbox"/> Stadt <input type="checkbox"/> Land
Lebt Ihr Hund in einem Familienverbund (auch Kinder)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leben auch weitere (jüngere) Tiere in Ihrer Familie?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

bitte wenden

Wie oft wird täglich gefüttert?	<input type="checkbox"/> 1x <input type="checkbox"/> 2x <input type="checkbox"/> 3x <input type="checkbox"/> Futter zur freien Aufnahme
Welche Nahrung erhält Ihr Hund?	<input type="checkbox"/> Trocken <input type="checkbox"/> Feucht <input type="checkbox"/> Mischration (Trocken + Feucht) <input type="checkbox"/> Selbstgekochtes
Füttern Sie zusätzlich zu der Ration?	<input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> ab und zu <input type="checkbox"/> nie
Was wird zugefüttert ?	<input type="checkbox"/> Fleisch <input type="checkbox"/> Gemüse <input type="checkbox"/> Obst <input type="checkbox"/> Ergänzungsfutter/ Mineralstoffe <input type="checkbox"/> Leckerlies
Wie hoch ist die tägliche Trinkwassermenge (ungefähr)? Trinkt Ihr Tier auffällig viel? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wie häufig setzt Ihr Hund am Tag Kot ab? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie bei Ihrem Hund Probleme/Auffälligkeiten beim Harn-/Kotabsatz festgestellt (z. B. Schmerzen, Häufigkeit)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Gehen Sie regelmäßig in die Tierarztpraxis (Entwurmung, Impfung, Zahnkontrolle)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Anzahl der Tierarztbesuche im Jahr	<input type="checkbox"/> 1x <input type="checkbox"/> 2x <input type="checkbox"/> >2x
Hat Ihr Hund Krankheiten? Welche?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja,
Bekommt Ihr Hund regelmäßig Medikamente? Welche?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja,
Hat Ihr Tier in den letzten 6 Monaten an Gewicht zu- oder abgenommen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Hat sich das Trink- und Fressverhalten Ihres Hundes in den letzten Monaten geändert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wie oft bewegt sich Ihr Hund am Tag (wie lange gehen Sie am Tag spazieren)? Minuten
Tägliches Spiel (geschätzt in Minuten)? Minuten
Hat sich die Kondition/Ausdauer Ihres Hundes verändert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Hat sich das Verhalten Ihres Hundes in den letzten Monaten verändert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wie äußert sich das?
Bemerken Sie Probleme beim Aufstehen, Treppen steigen, o.ä. bei Ihrem Hund?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Hat sich das Fell Ihres Hundes in den letzten Monaten verändert (Farbe/Qualität)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Hustet Ihr Hund häufiger? Wenn ja, wann?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nach dem Schlafen oder Liegen <input type="checkbox"/> bei Anstrengung oder Aufregung <input type="checkbox"/> in Ruhe <input type="checkbox"/> beim Fressen / Trinken