

## Anamnesebogen

Datum: \_\_\_\_\_

### Besitzer

Name: \_\_\_\_\_ Str.: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

---

### Pferd

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geschlecht: \_\_\_\_\_ Rasse: \_\_\_\_\_ Stockmaß: \_\_\_\_\_

Gewicht: \_\_\_\_\_ Anzahl Vorbesitzer: \_\_\_\_\_ Anzahl Fohlen: \_\_\_\_\_

Stalladresse: \_\_\_\_\_

---

Grund des Besuchs: \_\_\_\_\_

---

---

### Nutzung

Dressur     Springen     Vielseitigkeit     Voltigieren     Distanz

Gangpferd     Therapiepferd     Vereinspferd     Polo     Traber

Galopper     Western     Freizeit     Fahren     Rente

Sonstige: \_\_\_\_\_ **Leistungsniveau:** \_\_\_\_\_

### Wie oft wird das Pferd in der Woche

**Reitdauer pro Einheit:** \_\_\_\_\_

Geritten     Longiert     Gesprungen     Reitunterricht     Anderes: \_\_\_\_\_

## Haltung

Haltungsform: \_\_\_\_\_ Gruppenhaltung:  Ja  Nein  Teilweise

Einstreu: \_\_\_\_\_ Einstreuwechsel (wie oft?): \_\_\_\_\_

Weidegang (wie oft, Zeit): \_\_\_\_\_ Führenanlage (wie oft, Zeit): \_\_\_\_\_

Paddock (wie oft, Zeit): \_\_\_\_\_  Einzelpaddock  Gruppenpaddock

## Fütterung

Wie oft wird das Pferd gefüttert (Raufutter)?

2x täglich

3x täglich

4x täglich

Anderes: \_\_\_\_\_

Welche Tagesration erhält das Pferd (Kg)?

Heu

Hafer

Heulage

Gerste

Gras

Mais

Mash

Müsli

Mineralien

Anderes: \_\_\_\_\_

Anzahl Portionen an Kraftfutter: \_\_\_\_\_

Futterergänzungsmittel: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Medikamente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fressverhalten:  Hektisch/schlingt  Kaut normal  Läßt Reste über

Heuwickel

Sonstiges: \_\_\_\_\_



LENA LINDEN  
Pferdeosteopathie & Pferdephysiotherapie

## Ausrüstung

Sattler: \_\_\_\_\_ Letzter Sattlertermin: \_\_\_\_\_

Satteltyp: \_\_\_\_\_ Fabrikat: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_

Füllung der Sattelkissen (Naturwolle, Latex, Synthetikwolle, etc.): \_\_\_\_\_

Sattelunterlage: \_\_\_\_\_ Trensentyp: \_\_\_\_\_

Gebisstyp: \_\_\_\_\_ Alter des Gebisses: \_\_\_\_\_

Hilfszügel:  Ja  Nein  Typ: \_\_\_\_\_

Einsatzbereich: \_\_\_\_\_

Gamaschen:  Ja  Nein Ballenboots:  Ja  Nein  Gewicht: \_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_

---

## Allgemeine Anamnese Pferd

Zwangshandlungen: \_\_\_\_\_

Koppen  Weben  Kreiseln  Headshaking  Hahnentritt

Shivering  Treten/Beißen  Anderes: \_\_\_\_\_

Temperament: \_\_\_\_\_ Arbeitswille: \_\_\_\_\_

Psyche: \_\_\_\_\_ Rang in der Herde: \_\_\_\_\_

Verhaltensveränderungen:  Ja  Nein  Seit: \_\_\_\_\_

Welche: \_\_\_\_\_

Verhaltensauffälligkeiten (beim Putzen, Satteln, Trensen...):  Ja  Nein  Seit: \_\_\_\_\_

Wann: \_\_\_\_\_  Welche: \_\_\_\_\_

Berührungsempfindlich:  Ja  Nein  Seit: \_\_\_\_\_  Wo: \_\_\_\_\_

## Gesundheit

Hufbeschlag: \_\_\_\_\_ Bearbeitungsintervall: \_\_\_\_\_

Letzter Bearbeitungstermin: \_\_\_\_\_ Schmied/Hufbearbeiter: \_\_\_\_\_

Besonderes: \_\_\_\_\_  
(Hornqualität, Mauke, Trachtenzwang, Strahlfäule, Eisen abtreten, etc.)

Verhalten beim Schmied: \_\_\_\_\_

Zahnbehandlung:  Ja  Nein  Intervall: \_\_\_\_\_  Letzte am: \_\_\_\_\_

Zahnarzt: \_\_\_\_\_ Besonderheiten: \_\_\_\_\_

Vorerkrankungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

» Medikamente (wofür, wie oft, etc.): \_\_\_\_\_

» Behandlung (Inhalation - womit, Ekzempflege, etc.): \_\_\_\_\_

» Vorliegende Befunde (CT, MRT, Röntgen, Szintigrafie, Thermografie, Ultraschall etc.):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wiederkehrende Krankheiten:  Ja  Nein

Welche: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Häufigkeit: \_\_\_\_\_ Jahreszeit: \_\_\_\_\_



Kastration: Datum: \_\_\_\_\_ Verlauf:  Ok  Mittel  Schlecht

Narben:  Ja  Nein Ursache: \_\_\_\_\_

Lage: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_

Tierarzt: \_\_\_\_\_ Letzter Behandlungstermin: \_\_\_\_\_

Behandlungsgrund: \_\_\_\_\_

Diagnose: \_\_\_\_\_

Prognose: \_\_\_\_\_

Erfolgte Medikamentation: \_\_\_\_\_

Letzte Medikamentengabe: \_\_\_\_\_ Letzte Impfung: \_\_\_\_\_

Letzte Wurmkur: \_\_\_\_\_ Entwurmungsintervall: \_\_\_\_\_

Unfälle/Stürze :  Ja  Nein  Datum: \_\_\_\_\_

Art des Unfalls: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Art der Verletzung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Behandlung/Heilungsverlauf: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Klinikaufenthalte:  Ja  Nein  Datum: \_\_\_\_\_

Grund: \_\_\_\_\_

Diagnose/Prognose: \_\_\_\_\_

Behandlung: \_\_\_\_\_

Operationen:  Ja  Nein  Datum: \_\_\_\_\_ Art der OP: \_\_\_\_\_

Grund: \_\_\_\_\_

Prognose/Heilung: \_\_\_\_\_

Bisher erfolgte Behandlungen (Physiotherapie, Osteopathie, Chiropraktik, Blutegel, etc.):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Allgemeine Anamnese Reiten**

Pferd wehrt sich gegen die Reiterhand?  Ja  Nein  Ab und zu \_\_\_\_\_

Pferd wehrt sich gegen den Schenkel?  Ja  Nein  Ab und zu  Links  Rechts

Pferd ignoriert Schenkel?  Ja  Nein  Ab und zu  Links  Rechts

Biegt sich schlecht?  Ja  Nein  Ab und zu  Links  Rechts

Läßt sich schlecht stellen?  Ja  Nein  Ab und zu  Links  Rechts



LENA LINDEN  
Pferdeosteopathie & Pferdephysiotherapie

- Rahmenerweiterung/Verstärkung Ok?  Ja  Nein  Ab und zu
- Hinterhandaktion Ok?  Ja  Nein  Ab und zu
- Hinterhand schleift/schleppend?  Ja  Nein  Ab und zu
- Vorhandaktion Ok?  Ja  Nein  Ab und zu
- Vorhand schleift/schleppend?  Ja  Nein  Ab und zu
- Vorhand hängt überm Sprung?  Ja  Nein  Ab und zu
- Läßt sich durchparieren?  Ja  Nein  Ab und zu
- Rückwärtsrichten Ok?  Ja  Nein  Ab und zu
- Probleme in engen Wendungen?  Ja  Nein  Ab und zu  Links  Rechts
- Probleme fliegender Galoppwechsel?  Ja  Nein  Ab und zu  Wann: \_\_\_\_\_
- Probleme bei/in der Volte?  Ja  Nein  Ab und zu  Wann: \_\_\_\_\_
- Probleme bei der Traversale?  Ja  Nein  Ab und zu  Wann: \_\_\_\_\_
- Seitengänge Ok?  Ja  Nein  Ab und zu  Wann: \_\_\_\_\_
- Lahmheiten?  Ja  Nein  Ab und zu  Wann: \_\_\_\_\_
- Vorne Links  Vorne Rechts
- Hinten Links  Hinten Rechts
- Taktfehler?  Ja  Nein  Ab und zu  Wann: \_\_\_\_\_
- Vorne Links  Vorne Rechts
- Hinten Links  Hinten Rechts
- Stolpern?  Ja  Nein  Ab und zu  Wann: \_\_\_\_\_
- Springt mit festgehaltenem Rücken?  Ja  Nein  Ab und zu
- Verweigert Sprung?  Ja  Nein  Ab und zu
- Pullt?  Ja  Nein  Ab und zu

