

Verhaltensanalyse Katze

Angaben zum Tierhalter

Vor-, Nachname: _____
Adresse: _____
Telefon: (Festnetz:) _____ (Mobil:) _____
E-Mail: _____
Beruf: _____

Angaben zur Katze

Name: _____ Geburtsdatum: _____ Alter: _____
Rasse: _____ Farbe: _____
Geschlecht: männlich weiblich kastriert Kastrationschip
Gewicht: _____

Herkunft: Züchter Privat Tierheim Tierschutz Ausland
 Fundtier Bauernhof-Tier Sonstiges

Handelt es sich um eine Handaufzucht? Ja Nein

Wann wurde die Katze aufgenommen? _____

Wie alt war die Katze bei der Aufnahme? _____

Falls bekannt... **Wurfgröße:** _____

Informationen zu Eltern/Geschwistern: _____
(z.B. Vorerkrankungen, Besonderheiten etc.) _____

Wie ist die Katze aufgewachsen? _____
(z.B. Umzug, andere Tiere, Kinder, etc.) _____

Wie viele Vorbesitzer gab es? _____

Hatte die Katze bis zur 12. Lebenswoche Kontakt zu...

erwachsenen Menschen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Babys?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Erwachsenen Katzen? (außer Mutter)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
anderen Tieren?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Alltags-/Haushaltsgeräuschen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
nur Mutter u. Wurfgeschwister	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
nicht bekannt	<input type="checkbox"/>	



Wie halten Sie Ihre Katze?

- Wohnungshaltung Freigang nur draußen
 Wohnungshaltung mit Balkon

Wohnungshaltung:

- Auf wie vielen Etagen? _____
- Wie viele Zimmer gibt es? _____
- Wie viele Zimmer sind „Sperrzone“? _____
- Auf wie vielen Quadratmetern? _____
- Gibt es Sichtkontakt zu anderen Katzen draußen? Ja Nein
- Wo hält Ihre Katze sich am liebsten auf? _____
(→ Beschreibung Standort u. Beschaffenheit) _____
- Wie viel Zeit verbringt Sie an ihrem Lieblingsort prozentual...
tagsüber? _____ und nachts? _____

Skizze Wohnungsgrundriss:

	Legende:
--	----------

Bitte **markieren** Sie darin: Katzent Toiletten, Futterplätze, Trinkplätze, Kratzplätze, Schlafplätze

Wo sind die Orte der Verhaltensauffälligkeiten? _____

Wo tritt es gehäuft auf? _____

Lebensumgebung:

- Wie viele Katzent Toiletten gibt es? _____
- Haben die Toiletten Deckel? _____
- Wie groß sind die Toiletten? _____
- Welches Streu nutzen Sie? (Name u. Firma) _____
- Haben Sie das Streu kürzlich gewechselt? Ja Nein
Wenn ja, welches war das alte? (Name u. Firma) _____
- Wie oft wird die Toilette gereinigt? _____
Womit wird sie gereinigt? _____
- Setzt die Katze Urin außerhalb der Toilette ab? Ja Nein
Wenn ja, wie oft und seit wann? _____
- Setzt die Katze Kot außerhalb der Toilette ab? Ja Nein
Wenn ja, wie oft und seit wann? _____
- Wurde Ihre Katze jemals anders gehalten? _____
(z.B. früher Freigang, jetzt nicht mehr) _____

Fragen für Freigänger:

- Hat Ihre Katze jederzeit freien Ausgang? (z.B. durch Katzenklappe) Ja Nein
- Hat Ihre Katze Zugang zu eingezäuntem Gebiet im Freien? Ja Nein
- Hat Ihre Katze Freigang an der Leine? Ja Nein
- Beschreiben Sie den Bereich für Freigang. (z.B. Garten, Wald etc.) _____

- Hat Ihre Katze Kontakt zu Artgenossen? Ja Nein
Wie laufen die Begegnungen mit den Artgenossen ab? _____

- Gibt es gute Freunde oder extreme Feinde? _____

- Wie lange/zu welchen Zeiten ist Ihre Katze im Durchschnitt draußen? _____

- Zeigt Ihre Katze Jagdverhalten? Ja Nein
Falls Ja, frisst sie Ihre Beute? Ja Nein

Gesundheitsstatus:

- Gehen Sie regelmäßig zum Tierarzt? Ja Nein
Falls Ja, warum? _____
 - Wird Ihre Katze regelmäßig geimpft? Ja Nein
 - Wird Ihre Katze regelmäßig entwurmt? Ja Nein
 - Sind Vorerkrankungen bekannt? Ja Nein
Falls Ja, welche? _____
 - Bekommt Ihre Katze aktuell Medikamente? Ja Nein
Falls Ja, welche? Seit wann? Wie viele? _____

 - Wann war die letzte tierärztliche Untersuchung? _____
Was wurde untersucht? Weshalb? _____

- Bitte falls vorhanden Befunde mitbringen/anhängen.
- Hatte Ihre Katze bereits Unfälle und/oder OPs? Ja Nein
Falls ja, was für welche? _____

 - Hat Ihre Katze Allergien/Unverträglichkeiten? Ja Nein
Falls Ja, welche? _____

 - Wie reagiert Ihre Katze auf eine Transportbox? _____

 - Wie verhält sich Ihre Katze auf dem Weg zum Tierarzt? _____

- Wie verhält sich Ihre Katze beim Tierarzt? _____
- Hat Ihre Katze häufiger Durchfall und/oder Erbrechen? Ja Nein
Falls Ja, was und wie häufig? _____

Leben in der Familie:

Einzelhaltung? Oder gibt es weitere Haustiere?
Falls Ja, füllen Sie bitte die Tabelle aus.

Name	Tierart u. Rasse	Geschlecht (kastriert?)	Alter	Verhältnis zur Katze	Besuchstier?

Leben noch weitere Personen im Haushalt?
Falls Ja, füllen Sie bitte die Tabelle aus.

Name	Geschlecht	Alter	Verhältnis zur Katze

Gab es größere Veränderungen, seit Sie Ihre Katze besitzen? _____
(z.B. Umzug, Renovierung, Geburt, Todesfall, Haustiere, Partner o.Ä.) _____

- Betrachten Sie Ihre Katze als Familienmitglied? Ja Nein
- Wer ist hauptverantwortlich für die Katze? _____
- Wer füttert die Katze in der Regel? _____
- Wer pflegt die Katze? (Katzenklo, Fellpflege etc.) _____
- Wer geht zum Tierarzt und gibt Medikamente? _____
- Wer interagiert mit der Katze? (Spielen, Kuschneln etc.) _____
- Ist es die erste Katze in der Familie? Ja Nein
- Fressen Ihre Tiere gemeinsam? Ja Nein
- Kommt Ihre Katze Zuhause gut zur Ruhe? Ja Nein
- Darf Ihre Katze mit im Bett schlafen? Ja Nein
- Nehmen Sie sie mit in den Urlaub? Ja Nein
- Sprechen Sie mit Ihrer Katze? Ja Nein

- Beschreiben Sie einen typischen alltäglichen Tagesablauf für Ihre Katze: _____

- Wie lange ist Ihre Katze in der Regel tagsüber alleine? _____
 Wie lange maximal? _____
- Welche sozialen Aktivitäten finden wie oft statt?
 Wie oft wird wie lange gekuschelt? _____
 Wie oft wird wie lange gespielt? _____
 Wie oft wird wie lange das Fell gepflegt? _____
- Fordert Ihre Katze zu oben genannten Interaktionen von sich aus auf? Ja Nein
- Wie sieht ein typisches Spiel mit Ihrer Katze aus? _____

- Was ist ihr Lieblingsspiel? _____
- Was ist ihr Lieblingsspielzeug? _____
- Trainieren Sie mit Ihrer Katze zur Zeit oder haben Sie es mal probiert? Ja Nein
 Falls Ja, was? (z.B. Clickertraining, Medreal Training, Tricks) _____

- Lässt sich Ihre Katze überall von Ihnen anfassen? Ja Nein
 Falls Nein, wann und wo nicht? In bestimmten Situationen? _____

- Haben Sie jemals Angst vor Ihrer Katze gehabt? Ja Nein
 Falls Ja, wie verhalten Sie sich dann? _____

 Wie reagiert Ihre Katze darauf? _____

- Bitte kreuzen Sie die Charaktereigenschaften an, die auf Ihre Katze zutreffen:

<input type="checkbox"/> nervös	<input type="checkbox"/> ruhig	<input type="checkbox"/> hyperaktiv	<input type="checkbox"/> aktiv
<input type="checkbox"/> fröhlich	<input type="checkbox"/> aufdringlich	<input type="checkbox"/> verspielt	<input type="checkbox"/> wechselhaft
<input type="checkbox"/> verschmust	<input type="checkbox"/> anhänglich	<input type="checkbox"/> distanziert	<input type="checkbox"/> eigenständig
<input type="checkbox"/> depressiv	<input type="checkbox"/> neugierig	(Es sind Mehrfachnennungen möglich.)	
- Welche Strafen werden verwendet und wie reagiert Ihre Katze darauf? _____



Verhalten der Katze:

- Beschreiben Sie möglichst genau die vorliegende Verhaltensproblematik: _____

- Wann ist dieses Verhalten das erste Mal aufgetreten? _____

- Wie häufig tritt dieses Verhalten auf? _____
Gibt es einen bestimmten Auslöser? (z.B. Tageszeit, Jahreszeit, bestimmte Situationen) _____

- Gibt es eine Entwicklung des Verhaltens bzw. eine Änderung seit dem ersten Auftreten?

- Wann ist das Verhalten zum letzten Mal aufgetreten? _____

- Wie ist Ihre Reaktion auf das Verhalten? _____

- Welche Menschen/Tiere sind beteiligt? _____

- Haben Sie bereits Maßnahmen/Veränderungen ausprobiert? Ja Nein
Wenn Ja, was und wie hat Ihre Katze reagiert? _____

- Hat sich das sonstige Verhalten der Katze verändert? Ist sie z.B. ruhiger/aktiver geworden?
Miaut sie mehr/weniger? Schläft sie mehr/weniger? _____

- Verhält sich die Katze schreckhafter oder aggressiver Menschen oder anderen Tieren
gegenüber? _____

- Gab es noch weitere oder andere nicht so gravierende Verhaltensthematiken? _____



- Trifft von den folgenden Thesen etwas auf das Verhalten Ihrer Katze zu?
Bitte ankreuzen, wenn Ja.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> beißt/kratzt Menschen im Spiel | <input type="checkbox"/> aggressives Kratzen/Beißen |
| <input type="checkbox"/> übermäßiges Beißen/Lecken des Fells | <input type="checkbox"/> übermäßiges Miauen |
| <input type="checkbox"/> Kratzen an Möbeln/Teppichen | <input type="checkbox"/> aggressiv bei Berührung |
| <input type="checkbox"/> unzureichende eigene Fellpflege | <input type="checkbox"/> Rastlosigkeit |
| <input type="checkbox"/> Zerstörung von Gegenständen/Möbeln | <input type="checkbox"/> nächtliches Miauen/Schreien |
| <input type="checkbox"/> Angst vor Gewitter/lauten Geräuschen | <input type="checkbox"/> Appetitmangel |

- Sind Ihnen seit der Verhaltensproblematik Veränderungen am Schlafverhalten Ihrer Katze aufgefallen? _____

- Wie reagiert die Katze in folgenden Situationen?

- Katze wird hoch gehoben: _____

- Türklingel läutet: _____

- Fremde Menschen: _____

- Streicheln von fremden Menschen: _____

- Besuch kommt ins Haus/die Wohnung: _____

- Kinder kommen auf sie zu: _____

- ungewohnte Situationen (z.B. Bauarbeiter, neue Möbel o.Ä.): _____

Ernährung:

- Wie oft und zu welchen Zeiten wird gefüttert? _____

- Welche Näpfe verwenden Sie? (Material, Größe, Form) _____

- Werden Futterspender, Trinkbrunnen oder Futterspielzeuge genutzt? Ja Nein
Wenn Ja, welche? _____

- Welches Futter füttern Sie? (Marke, Sorte, Menge) _____

Bei Barf oder selbst gekocht bitte Zusammensetzung erläutern!

- Welche Leckerchen bekommt Ihre Katze und wie oft/wie viel? _____

- Welches Futter ist das Lieblingsfutter Ihrer Katze? _____

- Bekommt sie Futter vom Tisch? Ja Nein
- Bekommt sie Futterergänzungsmittel? Ja Nein
Falls Ja, welche? _____

- Versucht sie etwas der folgenden außergewöhnlichen Dinge zu fressen?
 Plastik Stoff Spielzeug Katzenstreu
 Müll Kot Pflanzen Verpackungen
- Steht Futter immer zur freien Verfügung? Oder gibt es feste Fütterungszeiten? _____

- Wie ist die Futteraufnahme? (z.B. große Mengen auf einmal, kleine Mengen mehrfach am Tag, gierig, langsam, wählerisch, „Allesfresser“, ...) _____

- Frisst Ihre Katze auch in menschlicher Nähe? Ja Nein

Was wünschen Sie sich von der Verhaltensberatung? _____

Was ist Ihr Ziel? _____

- Ich stimme den Datenschutzbestimmungen (einsehbar auf der SchnurrSinn.de/Datenschutz) zu.
- Ich wurde über die Kosten der Beratung in Kenntnis gesetzt und werde diese tragen.



Das war's!

<p>Vielen Dank für das Ausfüllen des Bogens. Bitte geben Sie den ausgefüllten Fragebogen in unserer Praxis ab oder schicken Sie ihn uns per Mail oder Fax zu.</p>	<p>Kleintierpraxis Arnicke und Meschede Julia Rulsch Ellerstraße 68, 49088 Osnabrück Telefon: 0541 - 1505588 E-Mail: info@tierarzt-osnabrueck.de FAX: (0541) 1505582</p>
---	---