



LUDWIG-  
MAXIMILIANS-  
UNIVERSITÄT  
MÜNCHEN

ZENTRUM FÜR KLINISCHE TIERMEDIZIN  
KLINIK FÜR VÖGEL, KLEINSÄUGER, REPTILIEN & ZIERFISCHE  
LEHRSTUHL FÜR AVIÄRE MEDIZIN UND CHIRURGIE  
LEITER: UNIV.-PROF. DR. RÜDIGER KORBEL



Internes Stammdatenfeld – Nicht ausfüllen!  
  
**Stammnummer**

## Vorbericht Reptilien- und Amphibienpatienten

Familienname:	Vorname:
---------------	----------

Tierart: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_

Geschlecht:  männlich  weiblich  unbekannt

Herkunft:  Import  (deutsche) Nachzucht  unbekannt/sonstiges

wo erworben?  Züchter  Zoohandlung  Messe/Börse  anderes: \_\_\_\_\_

wie lang in Besitz? \_\_\_\_\_

### Grund des Besuchs:

\_\_\_\_\_

Vorerkrankungen \_\_\_\_\_

### Haltung

Einzelhaltung

vergesellschaftete Tiere: \_\_\_\_ männlich \_\_\_\_ weiblich \_\_\_\_ unbekannt

Freilandhaltung/Teich:  ganzjährig  im Sommer

Aqua-/Terrarium:  ganzjährig  im Winter

Abmessung des Terrariums: Länge \_\_\_\_ cm x Breite \_\_\_\_ cm x Höhe \_\_\_\_ cm

Material des Terrariums:  Glas  Holz  Gaze  Sonstiges \_\_\_\_\_

Trinkmöglichkeit:  Bademöglichkeit:

Untergrund/ Einstreu: \_\_\_\_\_ Tiefe: \_\_\_\_\_ cm

Bepflanzung: \_\_\_\_\_

Kletter/Versteckmöglichkeiten: \_\_\_\_\_

Reinigung (Wie häufig und womit?): \_\_\_\_\_

### Beleuchtung

**Grundbeleuchtung:**  Leuchtstoffröhre  Birne  Sonstiges: \_\_\_\_\_

Anzahl der Lampen \_\_\_\_\_ Abstand zum Reptil/Amphib \_\_\_\_\_ cm

Wie lange täglich? \_\_\_\_\_ Jahreszeitlicher Rhythmus?  ja  nein

→ Bitte wenden!

**UV-Licht:**  Leuchtstoffröhre  Birne Wattzahl: \_\_\_\_\_ W

Marke \_\_\_\_\_ Alter der Lampe \_\_\_\_\_

Wie häufig?  täglich  \_\_\_mal wöchentlich Wie lange? \_\_\_\_\_

Austausch der Lampen:  bei Defekt \_\_\_\_\_ mal im Jahr

Abschirmung der Lampen zum Reptil:  Glas  Gitter  sonstige \_\_\_\_\_  keine

### Temperatur

Luft: tagsüber \_\_\_\_\_ °C nachts: \_\_\_\_\_ °C Wasser: \_\_\_\_\_ °C

Luftfeuchtigkeit: \_\_\_\_\_ % wie erreicht?: \_\_\_\_\_

Verschiedene Temperaturbereiche?  ja  nein

Beheizungsart:  Wärmelampe  Heizmatte  Sonstiges: \_\_\_\_\_

### Winterschlaf/-ruhe

ja  nein Falls ja, wo?  Kühlschrank  Keller  Sonstiges: \_\_\_\_\_

Temperatur: \_\_\_\_\_ °C Substrat: \_\_\_\_\_

Dauer: \_\_\_\_\_

### Fütterung

Was? \_\_\_\_\_

lebend  Tot/Frost

Wie viel? \_\_\_\_\_ Wie oft? \_\_\_\_\_

Datum der letzten Futteraufnahme: \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_ Erbrechen nach FA? \_\_\_\_\_

Ergänzung mit Zusatzfuttermitteln:  Vitamine: \_\_\_\_\_

Calcium: o Sepiaschale o Calcium-Pulver o Sonstiges: \_\_\_\_\_

Wie häufig? \_\_\_\_\_

### Kotabsatz

Wann war der letzte Kotabsatz? \_\_\_\_\_

Konsistenz?  normal  weich  hart  unverdaut

Letzte Kotuntersuchung (Wann? Ergebnis?):

\_\_\_\_\_

### Häutung

Wann zuletzt? \_\_\_\_\_ Verlauf \_\_\_\_\_

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

Hatten Sie Todesfälle bei Ihren Reptilien/Amphibien?  ja  nein