

**Name des Besitzers:** \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Adresse:

\_\_\_\_\_

**Name des Hundes:** \_\_\_\_\_ Rasse: \_\_\_\_\_

Größe/Gewicht: \_\_\_\_\_

Geschlecht: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_ Kastriert: \_\_\_\_\_ Alter bei  
 Erwerb: \_\_\_\_\_

Herkunft: \_\_\_\_\_

Wo wohnen Sie? Stadt/Außenbezirk/ländliches  
 Gebiet: \_\_\_\_\_

Größe der Wohnung/des Hauses: ca. \_\_\_\_\_ qm

Anzahl der Personen im Haushalt: \_\_\_\_\_

Alter des/der Kindes/Kinder: \_\_\_\_\_

Beruf des Haushaltsvorstandes: \_\_\_\_\_

Anzahl der Spaziergänge tgl.: \_\_\_\_\_ Wie lange (jeweils): \_\_\_\_\_

An der Leine: \_\_\_\_\_

Wie oft spielt er auf Spaziergängen mit anderen Hunden: Oft / Manchmal / Nie

Gibt es noch andere Tiere im Haushalt: \_\_\_\_\_

Tierarzt (Name): \_\_\_\_\_

Datum der letzten tierärztlichen Untersuchung: \_\_\_\_\_

**Zutreffendes bitten ankreuzen (X):**

	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
- Gehorsamstraining zu Hause?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einsatz von Leckerbissen?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Gehorsamstraining in der Hundeschule?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einsatz von Leckerbissen?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Der Hund ist:      nervös.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
unteraktiv.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
überaktiv.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aufdringlich.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
starrköpfig.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
liebepoll.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
verspielt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gehorsam.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sitzt er auf Kommando?                      Immer       Manchmal       Nie

Legt er sich auf Kommando hin?            Immer       Manchmal       Nie

Kommt er auf Kommando?                    Immer       Manchmal       Nie

Zutreffendes bitte ankreuzen (X):	HÄUFIG	MANCHMAL	NIE
- Stiehlt Essen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Frisst Kot .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Sexualverhalten gegenüber Menschen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Masturbation.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Übermäßiges Lecken und Kratzen des Felles.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Ungehorsam .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Schwer zu kontrollieren.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Verteidigen von Gegenständen gegen Familienmitglieder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Übermäßiges Bellen und Knurren gegen Fremde.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Beißt Fremde.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Aggressiv gegen andere Hunde.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Beißt Familienmitglieder.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Knurrt Familienmitglieder an.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Aggressiv beim Bürsten.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Aggressiv auf Berühren.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Aggressiv auf Schieben/Drücken.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Aggressiv, wenn man nach ihm greift .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Aggressiv auf Bedrohung.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Aggressiv auf Bestrafung.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Aggressiv auf Störung im Schlaf/beim Ruhen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Aggressiv während des Fressens.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Uriniert im Haus.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Defäkiert im Haus.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Destruktiv im Haus.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Übermäßiges Winseln, Bellen, Heulen etc....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Streunt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Destruktiv im Garten.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zutreffendes bitte ankreuzen (X):	Ja	NEIN
- Betrachten Sie Ihren Hund als Familienmitglied?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Darf er bei Familienmitgliedern im Bett schlafen? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Darf er auf Möbel?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Nehmen Sie ihn zu kurzen Besorgungen mit?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Nehmen Sie ihn mit in den Urlaub?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Bekommt er Essen vom Tisch?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Teilen Sie Snacks mit ihm?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Sprechen Sie mindestens einmal täglich mit ihm?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Sprechen Sie mindestens einmal monatlich mit ihm über wichtige Angelegenheiten?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Glauben Sie, er nimmt Ihre Stimmungen wahr?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Glauben Sie, Sie nehmen seine Stimmungen wahr?..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Haben Sie Fotos von ihm?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Feiern Sie seinen Geburtstag?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>