

ROYAL CANIN Bio-Check

Ist Ihr Tier in Bestform?

chronische Gelenkprobleme
Zahn- und Zahnfleischentzündung
chronische Nierenschwäche
Herzschwäche
Übergewicht
Zuschwäche



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 lebt Ihre Katze? | <input type="checkbox"/> Wohnungskatze <input type="checkbox"/> Freigänger |
| Lebt Ihre Katze mit anderen Katzen zusammen? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |

bitte wenden

| | |
|---|--|
| Wie oft wird täglich gefüttert? | <input type="checkbox"/> 2-3x <input type="checkbox"/> 3-4x <input type="checkbox"/> Futter zur freien Aufnahme |
| Welche Nahrung erhält Ihre Katze? | <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"/> Milchprodukte <input type="checkbox"/> Leckerlies |
| Wie hoch ist die tägliche Trinkwassermenge (ungefähr)? Trinkt Ihr Tier auffällig viel? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Haben Sie bei Ihrer Katze 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 an Tierarztbesuchen im Jahr | <input type="checkbox"/> 1x <input type="checkbox"/> 2x <input type="checkbox"/> >2x |
| Hat Ihre Katze Krankheiten? Welche? | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, |
| Bekommt Ihre Katze regelmäßig Medikamente? Welche? | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, |
| Hat Ihr Tier in den letzten 6 Monaten zu- oder abgenommen? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Hat sich das Trink- und Fressverhalten Ihrer Katze in den letzten Monaten verändert? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Bei Freigängern: Wie lange ist Ihre Katze täglich unterwegs? | Stunde(n) |
| Tägliches Spiel (geschätzt in Minuten)? | Minuten |
| Ist Ihre Katze in letzter Zeit weniger belastbar und braucht mehr Ruhe? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Wie lange schläft Ihre Katze täglich (geschätzt in Stunden)? | <input type="checkbox"/> <12 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> >12 |
| Hat sich das Verhalten Ihrer Katze in den letzten Monaten verändert? Wie äußert sich das? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Bemerken Sie an Ihrer Katze Probleme beim Aufstehen, Springen o.ä. ? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Hat sich das Fell Ihrer Katze in den letzten Monaten verändert (Farbe/Qualität)? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Zeigt Ihre Katze Auffälligkeiten in der Atmung? Wenn ja, wann? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nach dem Schlafen <input type="checkbox"/> bei Anstrengung <input type="checkbox"/> in Ruhe <input type="checkbox"/> beim Fressen/Trinken |