



**Pferde-in-Balance**

Osteopathie / Training / Futterberatung

Katharina Beier

Pfarrer-Aich-Straße 26

88471 Laupheim

Mobil: 0176 / 78919033

E-Mail: [katharina@rochus.net](mailto:katharina@rochus.net)

[www.pferde-in.balance.com](http://www.pferde-in.balance.com)

## Anamnesebogen

Datum: .....

### Besitzer

Name: ..... Tel.: .....

Straße: ..... E-Mail: .....

PLZ & Ort: .....

### Stalladresse

Straße: ..... PLZ & Ort: .....

Sonstiges: .....

### Pferd

Name: ..... Geb.-Datum: .....

Mutter: ..... Geschlecht: .....

Vater: ..... Größe: .....

Rasse: ..... Gewicht: .....

## Einsatz

- Springen
- Dressur
- Vielseitigkeit
- Distanz
- Western
- Fahren
- Freizeit
- Voltigieren
- Vereinspferd
- Rente
- Therapiepferd

## Haltung

- Box
- Weidegang
- Auslauf/Paddock
- Gruppenhaltung
- Aktiv / Hitstall
- Offenstall mit Trail
- Weidegang ( Zeit: .....)
- Stroheinstreu
- Späne
- Waldboden
- wurde erst kürzlich der Stall gewechselt
- andere: .....

## Fütterung

Wie oft wird das Pferd gefüttert?     1x täglich    2x täglich    3x täglich

Welche Tagesration erhält das Pferd?

\_\_\_ kg Hafer \_\_\_ kg Gerste

\_\_\_ kg Müsli \_\_\_ kg Heu

\_\_\_ kg Mais \_\_\_ kg Silage

\_\_\_ kg Mineralien \_\_\_ kg Mash

\_\_\_ kg Rübenschnitzel \_\_\_ kg Kraftfutter

\_\_\_ kg Äpfel, Karotten, Leckerli, Brot

\_\_\_ andere: .....

**Futterergänzungsmittel:**

.....  
.....

**Medikamente:**

.....

**Entwurmung**

Wie oft wird entwurmt? .....

Welchen Befund gab es? .....

**Kot**

Wie ist die Konsistenz? .....

Wie ist der Geruch? .....

**Zähne**

Wann wurden die Zähne zuletzt behandelt? .....

Gab es Auffälligkeiten? .....

**Blutuntersuchung**

Wann wurde zuletzt ein Blutbild gemacht? .....

Gab es Auffälligkeiten? .....

**Sattler**

Wie oft wird der Sattel kontrolliert? .....

Gab es Auffälligkeiten? .....

## Hufbearbeitung

Ist ihr Pferd beschlagen? .....

In welchem Intervall werden die Hufe bearbeitet?.....

## Training & Beschwerden

Welche Probleme hat das Pferd aus Sicht des Besitzers/Reiters/Fahrers?

.....  
.....  
.....  
.....

	Ja	Nein	weiß nicht
Wehrt sich das Pferd gegen Hand und Schenkel des Reiters?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind die Biegung und Stellung auf beiden Seiten gleich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Rahmenerweiterungen und Raumgriff zufriedenstellend?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist die Hinterhandaktion einseitig oder beidseitig eingeschränkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es Probleme beim Durchparieren und Rückwärtsrichten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es Probleme in der Volte, Traversale, Pirouette (re./li)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es Probleme beim fliegenden Galoppwechsel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeigt das Pferd ein- oder beidseitige Hinterhand- oder Vorderhandlahmheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeigt das Pferd intermittierende Hinterhand- oder Vorderhandlahmheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeigt das Pferd Taktunreinheiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeigt das Pferd Hahnenritte (Shivering)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeigt das Pferd Probleme beim Springen (Verweigern, Pullen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Springt es mit festem durchgedrücktem Rücken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeigt das Pferd Symptome wie Kopfschütteln?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeigt das Pferd Symptome wie Schweifschlagen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verwirft es sich im Genick?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kaut das Pferd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knirscht das Pferd mit den Zähnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat es ein- oder beidseitigen Nasen- oder Augenausfluss?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat es geschwollene Ganaschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neigt es zum Schwitzen, auch lokal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Hat Ihr Pferd irgendwelche Ticks, Unarten etc:**

	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	<b>weiß nicht</b>
Koppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zähneknirschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beißen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchgehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lässt sich nicht führen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Headshaking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhöhte Schreckhaftigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kleber (geht nicht alleine von Herde, Koppel, Stall etc. weg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

sonstiges:

.....

**Beginn und Dauer der Symptome:**

.....  
.....  
.....

**Verhaltensauffälligkeiten beim Putzen, Satteln, Gurten, Aufsitzen und Aufheben der Gliedmaßen:**

.....  
.....  
.....

**Welche Erkrankungen, Stürze oder Unfälle sind bekannt?**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

