

CLIENT

Nom : _____ Prénom: _____

Enfant(s) _____ Âge : _____

Autres animaux : _____

Occupation : _____ horaire: _____

Téléphone. : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code Postal: _____

CHIEN

Nom : _____ Date Naissance.: _____ Âge actuel: _____

Race : _____ Poids: _____

Sexe : Mâle Femelle Stérilisé : OUI NON

Âge d'adoption : _____ De quel endroit: _____

Raisons d'achat : _____ Combien de chiots: _____

Comportement dans la portée : _____

Comportement de la femelle : _____

Comportement du mâle : _____

Temps à l'intérieur : _____ À l'extérieur: _____

À quel endroit est-il gardé : Pendant le jour : _____

Pendant la nuit : _____

Quand il est laissé seul : _____

Quand la visite arrive : _____

Combien d'heures est-il seul par jour ? _____

Description générale de la personnalité de votre chien _____

Description des comportements de votre chien et des vôtres avant ou après une absence : _____

SOINS

Hôpital / clinique : _____

Vétérinaire régulier : _____

Dernière visite vétérinaire : _____

Raisons : _____

Distemper Hépatite Leptospirose Parvovirus Parainfluenza
Rage Bordetella

Résultats : _____

Autres problèmes ou traitements : _____

Analyse des selles : OUI NON Traité : OUI NON

Lequel (s) : Ascaris (ronds) Crochet Trichuris (fouet) Ténia (plat)

Diète : _____ Depuis quand: _____

Suppléments de nourriture : _____

Suppléments de vitamines : _____

Récompenses (biscuits, etc.) pourquoi et quand : _____

Nombre de repas par jour : _____ Quantité/ repas: _____

Appétit : _____ Qui nourrit le chien: _____

Soif : _____ Quantité d'eau: _____

Le moment des repas : _____ L'endroit: _____

Arrête-t-il de manger si vous vous déplacez ? OUI NON

GÉNÉRAL

L'endroit pour dormir : _____

Réaction au bain (ongles) : _____

Réaction au brossage : _____

Travail (trucs, fantaisie): _____

Période de jeu : durée (quand?) _____ Avec qui? _____

Types de jeux : _____

Avec quels jouets : _____

Autres entraînements : _____

Réaction avec animaux à la maison : _____ Extérieur: _____

Réaction avec adultes : _____ Extérieur: _____

Réactions avec enfants : _____ Extérieur: _____

Promenades : _____ Durée: _____ Régulier: _____

Est-ce que le chien vous suit partout dans la maison ? _____

Si oui, est-ce qu'il suit plus Madame, Monsieur ou autre ? _____

Méthode pour mise à la propreté : _____

DIFFICULTÉS

Problème principal : _____

Depuis quand : _____

Avec qui : _____

Quand se produit-il : _____

	Toujours	Souvent	Rarement	Jamais
Quand laisser seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pendant votre présence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pendant la nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>