FRAGEBOGEN ZUR FÜTTERUNGSBERATUNG

Vorname*		Nachnan	ne*
Straße	Nr.	PLZ	Ort
E-mail*		Telefon f	ür Rückfragen

2. ZIEL DER ANFRAGE* Überprüfung der aktuellen Ration Neuerstellung einer Ration aufgrund eines Problems (welches?):

Alter		Größe		Farbe	
Gewicht			Body	Condition Score ()
	gewogen	geschätz	zt		
Figur*					
genau richti	g wohlgenä	hrt ü	bergewichtig	untergewichtig	stark abgemagert
Geschlecht					
Wallach	Hengst			Stute	
	aktuell im Deckein	satz ja	nein	laktierend	tragend Monat:
Reconderheite	n/Anmerkungen zu	Ihrom Dford			

4. ANGABEN	ZUM ERSCHE	INUNGSBILD			
glänzend	stumpf	zu lang	Ha	arausfall	
Kommt das Pferd	gut durch den Fellwe	chsel: ja	nein		
Datum der letzten	Entwurmung:	Dat	tum der letzte	n Zahnbehandlung:	
Haut					
gut	schuppig	juckt	tro	cken	
Hufqualität					
gut	spröde	Risse	Rillen	Strahlfäule	hohle Wand
Hufwachstum	normal	langsam			

5. ANGABEN ZUM WESEN/TEMPERAMENT, AUSDAUER/ KONDITION UND RITTIGKEIT normal normale Ausdauer locker/durchlässig unterschiedlich schwitzt normal träge/faul heiß /feurig keine Kondition klemmig/verspannt phlegmatisch / ruhig erhöhter Schweißverlust gangfreudig nervig / ängstlich / schreckhaft besonders leistungsfähig elektrisch

reizeit	Sport			
	Dressur	Springen	Vielseitigkeit	Western
	Sonstiges (z.B. Di	stanzsport, Fahrsport	, Voltigieren):	
	Level / Kategorie (z. E	B. E / A / L / M / S):		
	Tage pro Woche:	Wie lange im D	urchschnitt pro Tag:	

Anmerkung: Wenn Ihnen eine aktuelle Blutanalyse Ihres Pferdes vorliegt, können Sie uns diese gerne an info@st-hippolyt.de zusenden (vertrauliche Behandlung garantiert).

instreu:	Stroh	Späne	Sonstiges:	
Veidegang:	wie viele Stunde	en täglich:	nur im Sommer	das ganze Jahr
Veidebeschaffenheit:	normal	karg	üppig w	eiß nicht
nmerkungen:				

erdauung, Figur	Haut, Hufe, Zähne	Stoffwechsel, Organe
Übergewicht	Mauke / Raspe	EMS
Untergewicht	Hufprobleme	Hufrehe
Kolikneigung	Sarkoide	PPID (Cushing)
Durchfall	Ekzem	Leberprobleme
Kotwasser	Zahnproblem	Nierenprobleme
Magengeschwür		HPU / KPU
		Herzerkrankung
ewegungsapparat	Immunsystem	Muskeln, Nerven
Knochenbruch	Infektionen	Shivering
Sehnenprobleme	Immunschwäche	Nervosität
Gelenkprobleme	Atemwegerkrankung	Stress
Bänderprobleme	Allergie	Equine Myopathie
Arthrose		Kreuzverschlag
		PSSM 1 getestet
		PSSM 2 getestet,
		Var.?
	nde Angaben wie Unverträglichkeiter nsekten, Gräser usw. – bitte genau benenner	

	FUTTER I Produkname		TAGESMENGE gemessen in (g, kg, ml)	Verteilt auf wie viele MAHLZEITEN
RAUFUTTER mit Angabe zur Qualität z.B. Heu, Heulage, usw.)				
KRAFTFUTTER z.B. Getreide, Müsli, Pellets)				
MINERALFUTTER & ZUSÄTZE z. B. Ergänzungen für Gelenke)				
SAFTFUTTER z.B. Möhren, Apfel)				
SONSTIGES				
Fressverhalten:*	frisst gerne	mäkelig	unte	erschiedlich
Futterverwertung:*	normal	leichtfuttrig	sch	werfuttrig
Futterverwertung:* Was davon kann oder soll er				

Hinweis zum Datenschutz: Mit dem Absenden dieses Formulars willige ich in die Verarbeitung der von mir angegebenen personenbezogenen Daten ein. Informationen zum Umgang mit Ihren personenbezogenen Daten finden Sie unter www.st-hippolyt.de/datenschutz.

Datum	Unterschrift	FORMULAR ABSENDEN
		I CITINGLAIT ADOLINDLIN

