

## Fragebogen Tierpsychologie Hund

### Daten zum Tierhalter:

Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

Erreichbar Tel. oder Handy: \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_

Familienmitglieder/ andere Tiere: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Daten zum Hund:

Name: \_\_\_\_\_

Rasse: \_\_\_\_\_ Größe/Gewicht: \_\_\_\_\_

Geschlecht: \_\_\_\_\_ kastriert (wann?) \_\_\_\_\_

Alter: \_\_\_\_\_

Letzte Läufigkeit: \_\_\_\_\_

Tierarzt: \_\_\_\_\_

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

Leidet Ihr Hund an organischen Erkrankungen? Wenn ja, an welchen?

\_\_\_\_\_

Woher haben Sie den Hund?: \_\_\_\_\_

In welchem Alter kam der Hund zu Ihnen? \_\_\_\_\_

Sind Sie Erstbesitzer des Hundes? \_\_\_\_\_

> Wenn nein, wer sind die Vorbesitzer? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Was wissen Sie über die Lebensumstände des Hundes, bevor Sie ihn übernommen haben?**

**Wie oft wird der Hund pro Tag gefüttert?** \_\_\_\_\_

**Womit wird gefüttert?**

**Wie lange ist der Hund normalerweise täglich alleine? Akzeptiert er das?**

\_\_\_\_\_

**Wie oft und wie lange gehen Sie täglich mit dem Hund spazieren? Lläuft er ohne Leine?**

\_\_\_\_\_

**Besucht Ihr Hund eine Hundeschule?** \_\_\_\_\_

**Wie oft spielt er auf Spaziergängen mit anderen Hunden?**

\_\_\_\_\_

**Spielen Sie selbst mit dem Hund? Wenn ja, welche Spiele?**

\_\_\_\_\_

**Zutreffendes bitte ankreuzen:**

**Welche Kommandos beherrscht Ihr Hund?**

<b>Sitz</b>	<b>Immer</b> <input type="checkbox"/>	<b>Manchmal</b> <input type="checkbox"/>	<b>Nie</b> <input type="checkbox"/>
<b>Platz</b>	<b>Immer</b> <input type="checkbox"/>	<b>Manchmal</b> <input type="checkbox"/>	<b>Nie</b> <input type="checkbox"/>
<b>Hier/Komm</b>	<b>Immer</b> <input type="checkbox"/>	<b>Manchmal</b> <input type="checkbox"/>	<b>Nie</b> <input type="checkbox"/>
<b>Bleib</b>	<b>Immer</b> <input type="checkbox"/>	<b>Manchmal</b> <input type="checkbox"/>	<b>Nie</b> <input type="checkbox"/>
<b>Schau</b>	<b>Immer</b> <input type="checkbox"/>	<b>Manchmal</b> <input type="checkbox"/>	<b>Nie</b> <input type="checkbox"/>

**Welchen Eindruck macht der Hund bei Gehorsamsübungen?**

**Motiviert**       **Gleichmütig**       **Unmotiviert**

**Darf der Hund bei Familienmitgliedern im Bett schlafen?** Ja     Nein

**Darf er alle Räume betreten?** Ja     Nein

**Darf er auf Möbel?** Ja     Nein

**Zutreffendes bitte ankreuzen:**

<b>Aggressiv gegen andere Hunde (an der Leine)</b>	<b>Häufig</b> <input type="checkbox"/>	<b>Manchmal</b> <input type="checkbox"/>	<b>Nie</b> <input type="checkbox"/>
<b>Aggressiv gegen andere Hunde (ohne Leine)</b>	<b>Häufig</b> <input type="checkbox"/>	<b>Manchmal</b> <input type="checkbox"/>	<b>Nie</b> <input type="checkbox"/>
<b>Beißt Familienmitglieder</b>	<b>Häufig</b> <input type="checkbox"/>	<b>Manchmal</b> <input type="checkbox"/>	<b>Nie</b> <input type="checkbox"/>
<b>Knurrt Familienmitglieder an</b>	<b>Häufig</b> <input type="checkbox"/>	<b>Manchmal</b> <input type="checkbox"/>	<b>Nie</b> <input type="checkbox"/>
<b>Verteidigt Gegenstände gegen Familienmitglieder</b>	<b>Häufig</b> <input type="checkbox"/>	<b>Manchmal</b> <input type="checkbox"/>	<b>Nie</b> <input type="checkbox"/>
<b>Übermäßiges Bellen und Knurren gegen Fremde</b>	<b>Häufig</b> <input type="checkbox"/>	<b>Manchmal</b> <input type="checkbox"/>	<b>Nie</b> <input type="checkbox"/>
<b>Beißt Fremde</b>	<b>Häufig</b> <input type="checkbox"/>	<b>Manchmal</b> <input type="checkbox"/>	<b>Nie</b> <input type="checkbox"/>

<b>Aggressiv beim Bürsten/Berühren</b>	<b>Häufig</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Manchmal</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Nie</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Aggressiv, wenn man nach ihm greift</b>	<b>Häufig</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Manchmal</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Nie</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Aggressiv während des Fressens</b>	<b>Häufig</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Manchmal</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Nie</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Angst vor anderen Hunden</b>	<b>Häufig</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Manchmal</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Nie</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Angst vor Familienmitgliedern</b>	<b>Häufig</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Manchmal</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Nie</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Angst vor fremden Menschen</b>	<b>Häufig</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Manchmal</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Nie</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Angst vor Joggern/ Radfahrern</b>	<b>Häufig</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Manchmal</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Nie</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Angst vor Geräuschen/Umweltreizen</b>	<b>Häufig</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Manchmal</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Nie</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Ungehorsam</b>	<b>Häufig</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Manchmal</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Nie</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Schwer zu kontrollieren</b>	<b>Häufig</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Manchmal</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Nie</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Jagt Radfahrer/ Jogger</b>	<b>Häufig</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Manchmal</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Nie</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Jagt Autos</b>	<b>Häufig</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Manchmal</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Nie</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Jagt andere Tiere</b>	<b>Häufig</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Manchmal</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Nie</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Uriniert im Haus</b>	<b>Häufig</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Manchmal</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Nie</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Defäkiert im Haus</b>	<b>Häufig</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Manchmal</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Nie</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Zerstört Gegenstände</b>	<b>Häufig</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Manchmal</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Nie</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Übermäßiges Winseln, Bellen, Heulen etc.</b>	<b>Häufig</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Manchmal</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Nie</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Mangelnder Appetit</b>	<b>Häufig</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Manchmal</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Nie</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Übermäßiger Appetit</b>	<b>Häufig</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Manchmal</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Nie</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Kotfressen</b>	<b>Häufig</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Manchmal</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Nie</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Fressen unverdaulicher Materialien</b>	<b>Häufig</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Manchmal</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Nie</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Übermäßiges Lecken und Kratzen des Fells</b>	<b>Häufig</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Manchmal</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Nie</b>	<input type="checkbox"/>

**Bitte beschreiben Sie das problematische Verhalten genauer:**

**Wann und in welcher Situation trat das Verhalten erstmalig auf, und wie haben Sie reagiert?**

**Welche Lösungsversuche haben Sie bisher unternommen? Mit welchem Erfolg?**