





ANMELDEFORMULAR VOGEL

(Im Interesse Ihres Tieres diese Seite bitte so ausführlich wie möglich ausfüllen)

TIER	
SPEZIES (TIERART) _____	NAME DES TIERES _____
ALTER (Jahre) _____	IN BESITZ SEIT _____
GESCHLECHT  (m) <input type="checkbox"/>  (w) <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/>	ART DER GESCHL.BESTIMMUNG _____
HERKUNFT _____	EU-NACHZUCHT <input type="checkbox"/> IMPORT <input type="checkbox"/> WILDFANG <input type="checkbox"/>

UNTERBRINGUNG			
<input type="checkbox"/> KÄFIG	<input type="checkbox"/> INNENVOLIERE	<input type="checkbox"/> AUßENVOLIERE	<input type="checkbox"/> SONSTIGES
BODENGRUND: _____			
TEMPERATUR MAX _____ °C	MIN _____ °C	<input type="checkbox"/> UNBEKANNT	
UV-LICHT (VOGELLAMPE):	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
REL. LUFTFEUCHTE: _____ %			
<input type="checkbox"/> EINZELHALTUNG <input type="checkbox"/> GRUPPENHALTUNG – ANZAHL _____  _____  _____ ?			
VERGESELLSCHAFTET MIT VÖGELN/ TIEREN ANDERER ART <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA, nämlich: _____			

ERNÄHRUNG	
FUTTERMITTEL: _____	
HÄUFIGKEIT / FÜTTERUNGSREGIME: _____	
WASSERANGEBOT:	<input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA Häufigkeit & Wechsel: _____
VITAMINZUGABEN:	<input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA Präparat, Häufigkeit: _____
WASSERANGEBOT:	<input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA Präparat, Häufigkeit: _____

PROBLEMATIK	
FRÜHERE ERKRANKUNGEN TIER: _____	
FRÜHERE ERKRANKUNGEN ANDERER TIERE IM BESTAND: _____	
HAUSTIERARZT: NAME:	TEL.NUMMER: _____
GRUND DER VORSTELLUNG	

