



Anmeldeformular für Reptilienpatienten

Name des Halters :

Straße, Hausnr. :

PLZ, Ort :

Telefonnummer :

E-Mail :

Wie haben Sie uns gefunden?

Name der Reptilie :

Reptilienart :

Geschlecht :

Alter :

Neuzugang? :

Im Besitz seit? :

Haltung :

Terrarium

Länge cm :

Breite cm :

Höhe cm :

Luftfeuchtigkeit %

Bodengrund



Temperatur Tag :

:

Temperatur Nacht :

UV-Beleuchtung

Art :

Abstand zum Tier :

Beleuchtungs-
dauer :

Tageslichtlänge :

Calciumquelle :

Vitamin- / Mineralstoffpräparate

:

Überwinterung :

Was füttern Sie?

Gartenkräuter

Salat

Obst

Gemüse

Heu

Pellets

Heimchen

Mehlwürmer / Zophobas

Fisch

Reptileinfertigfutter

Ratten / Mäuse

Anderes :

Lieblingsfutter :



Kotabsatz :

Haben Sie noch andere Reptilien?

Haben Sie noch andere Tiere?

Grund des Tierarztbesuches

Kontrolle :

Erkrankung :

Vorbehandlung :

Überweisender Tierarzt

Name, Ort :