



Checkliste Nachkontrolle

Angaben zum Halter:

Vorname / Name

Strasse / Nr.

Plz / Ort

Telefon (mit Vorwahl)

Ort, Datum

Angaben zum Tier

Vertragsnummer

Name des Tieres

Tag der Übergabe

Alter des Tieres

Tierart:	Hund	Katze	Vogel	Sonstige
weiblich:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
männlich:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gesundheitszustand:

Impfpass:	vorhanden <input type="checkbox"/>	nicht vorhanden <input type="checkbox"/>	regelmäßige Impfung <input type="checkbox"/>	Impfung steht noch aus <input type="checkbox"/>
Entwurmung:	erfolgt am: _____	nicht bekannt <input type="checkbox"/>	nicht erfolgt <input type="checkbox"/>	Tier hat Würmer <input type="checkbox"/>
Krallen:	sind ok <input type="checkbox"/>	sind zu lang <input type="checkbox"/>	sind zu kurz <input type="checkbox"/>	sonstiges _____
Zähne:	sind ok <input type="checkbox"/>	haben Zahnstein <input type="checkbox"/>	sind kariös <input type="checkbox"/>	sonstiges _____
Augen:	sind ok <input type="checkbox"/>	sind entzündet <input type="checkbox"/>	sind glasig <input type="checkbox"/>	sind trüb <input type="checkbox"/>
Ohren:	sind ok <input type="checkbox"/>	sind entzündet <input type="checkbox"/>	haben Ohrmilben <input type="checkbox"/>	sonstiges _____
Fell:	ist ok <input type="checkbox"/>	ist stumpf <input type="checkbox"/>	ist fettig <input type="checkbox"/>	ist brüchig <input type="checkbox"/>
	starke Haarung <input type="checkbox"/>			



Krankheiten / Verletzungen / Operationen

Krankheiten: keine ja nämlich: _____

In Behandlung

nicht in Behandlung

kastriert

sterilisiert

nicht kastriert oder sterilisiert

Sonstige Operationen: _____

Futter / Spielsachen / Bezugspersonen

Futtersorte: Trockenfutter Naßfutter selbst gekochtes sonstiges

Wasserbehälter: ok schmutzig kein Wasser vorhanden

Schlafplatz: Körbchen Bett sonstiges fehlt

Spielzeug: vorhanden nicht vorhanden

Bezugspersonen: keine Kinder im im Haus Kinder im Haus Anzahl Alter

keine weiteren
Haustiere im Haus

weitere Haustiere
im Haus

Katze

Hund

Vogel

Sonstige

Sicherheit

Katzenschutz Balkon: vorhanden ungesichert wird nachgerüstet trifft nicht zu

bis: _____

Katzenschutz Fenster: vorhanden ungesichert trifft nicht zu

Kippfensterschutz: vorhanden ungesichert trifft nicht zu

Ist die Katze eine Hauskatze Freigängerkatze gechipt tätowiert nicht gekennzeichnet



Umgebungsbedingungen

Bei Freigängerkatzen:	die nächste befahrene Strasse ist entfernt: _____ Meter	Katzenklappe vorhanden	Katzenklappe nicht vorhanden
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Katze darf raus:	Tag und Nacht	nur tagsüber	nur nachts
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Räumlichkeit für das Tier:	sehr gut	ausreichend	zu klein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Garten / Gehege:	vorhanden	nicht vorhanden	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Wie lange bleibt das Tier täglich alleine? Stunden

Wie oft wird der Hund täglich Gassi geführt? Mal

Bei Abwesenheit des Halters
befindet sich das Tier bei:

Psychischer Zustand

Das Tier ist aggressiv	bei Fremden	gegenüber dem Halter	bei Kindern	bei Rüden		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Das Tier ist ängstlich	bei Hündinen	bei Katzen	bei Katern	ist nicht aggressiv		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Das Tier wirkt	bei Fremden	gegenüber dem Halter	bei Artgenossen	bei Lärm		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Das Tier wirkt	Beim Autofahren	ist nicht ängstlich	Sonstiges: _____			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	zutraulich	handzahn	glücklich	gesund	aufgeweckt	verspielt
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	verschreckt	deprimiert	passiv	handscheu	hilfesuchend	zuckt zusammen
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ungeliebt	skeptisch	unausgelastet			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			



Äußerlicher Eindruck

Das Tier wirkt: ok krank zu mager zu dick fettleibig Sonstiges

Aktivitäten mit dem Tier

Der Hund wird täglich Obedience Agility Hundesport Begleithundeprüfung
Stunden bewegt trifft nicht zu Schutzhundeausbildung Rettungshundeausbildung Sonstiges: _____

Fazit in Bezug auf die Haltung

Gesamteindruck: sehr gut gut befriedigend ausreichend mangelhaft schlecht

Beauftragter des Tierschutzverein: _____
(Bitte in Druckbuchstaben schreiben)

Anwesend bei der Nachkontrolle: _____

Sonstiges: _____

Weitere Nachkontrolle(n) erforderlich ja nein

Ort, Datum

Unterschrift Tierinspektor