



Steckbrief von: _____

Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich
Kastriert	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Unverträglichkeiten Medikamente		
Regelmäßig gegebene Medikamente (inklusive Dosierung)		
Aktuell gegebene Medikamente (inklusive Dosierung)		
Frühere Operationen		
Regelmäßig durchgeführte medizinische Eingriffe oder Kontrolluntersuchungen (z.B. Zähne, Blut)		
Bekannte Krankheiten		
Besonderheiten Charakter		
Besondere körperliche Merkmale		
Ernährung		

