**Questionnaire Consultation Cannabis**

*Remplir électroniquement (cliquer dans les champs) ou imprimer*

|  |
| --- |
| **Données personnelles** |

|  |  |
| --- | --- |
| Formule de politesse : | [ ]  Mme [ ]  Monsieur |
| Prénom : |   |
| Nom de famille : |   |
| Rue : |   |
| NPA/ville : |   |
| Téléphone : |   |
| Email : |   |
| Vétérinaire référent : |   |

|  |
| --- |
| **Informations sur l'animal** |

Espèce: [ ]  Chien [ ]  Chat [ ]  Cheval [ ]  Lapin Autre :

Sexe : [ ]  masculin [ ]  femelle

Castée : [ ]  Oui [ ]  Non

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : |   |
| Race : |   |
| Date de naissance : |   |
| Poids corporel : |  kg |

 Condition corporelle : [ ]  très amaigri [ ]  maigre [ ]  normal
 [ ]  légèrement en surpoids [ ]  fort surpoids

|  |
| --- |
| **Antécédents médicaux** |

 Votre animal est-il malade : [ ]  Oui [ ]  Non

|  |  |
| --- | --- |
| Type de maladie : |   |

*(En cas de maladie, veuillez joindre le rapport préliminaire du vétérinaire traitant, y compris les résultats de laboratoire et les médicaments administrés).*

|  |  |
| --- | --- |
| Quels examens ont été effectués pour établir le diagnostic ? |   |

*(Veuillez joindre les radiographies & rapports, résultats de laboratoire, etc.)*

|  |  |
| --- | --- |
| Quels médicaments votre animal reçoit-il ? |   |

*(Veuillez indiquer le nom et la quantité administrée par jour, ainsi que la durée depuis laquelle le médicament en question a été administré. Veuillez mentionner l'effet de chaque médicament, par ex. bien, un peu mieux, aucun effet)*

|  |  |
| --- | --- |
| Quels sont les compléments alimentairesvotre animal reçoit-il ? |   |

*(Veuillez indiquer le nom et la quantité administrée par jour, ainsi que la durée depuis laquelle le médicament en question a été administré).*

|  |  |
| --- | --- |
| Quelles autres thérapies votre animal suit-il actuellement ? |   |

*(p. ex. physiothérapie ou chiropratique, etc.)*

Activité de l'animal : [ ]  très actif [ ]  normal [ ]  très calme

|  |  |
| --- | --- |
| Qu'est-ce qui cause le plus de problèmes à votre animal, selon vous ? |   |

*(p. ex. se lever, marcher, signes de vieillissement, y compris changements cognitifs, stress, qualité de vie générale, etc.)*

Par la présente, je donne l'ordre pour une consultation chanvre et j'accepte que les frais me soient facturés :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lieu, date : |   | Signature : |   |

Veuillez envoyer le questionnaire rempli par e-mail à : info@vetnutrition.ch
 ou par courrier à :
VetNutrition
Praxis für Cannabis- und Ernährungsberatung
Sandra Bruckner, med. vet.
Leutschenstrasse 5
3038 Kirchlindach