**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 alimentaires 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).*

|  |  |
| --- | --- |
| 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](mailto:info@vetnutrition.ch)  
 ou par courrier à :   
VetNutrition   
Praxis für Cannabis- und Ernährungsberatung   
Sandra Bruckner, med. vet.   
Leutschenstrasse 5   
3038 Kirchlindach