**KWESTIONARIUSZ KONSULTACJI**

1. INFORMACJE KONTAKTOWE

| | |
|---|---|
| Imię i nazwisko właściciela | |
| Adres zamieszkania (lokalizacja)<br><br>*jeśli konsultacja odbywa się w domu szczegółowy opis (klatka, piętro itp.) wraz z informacją na temat możliwości parkowania | |
| Telefon | |
| Adres e-mail | |

2. INFORMACJE O PSIE

| | |
|---|---|
| Imię | |
| Płeć | |
| Rasa/w typie/wielkość | |
| Wiek | |
| Pochodzenie psa | |
| Data adopcji/kupna | |
| Data sterylizacja/kastracji | |

3. INFORMACJE DOTYCZĄCE PROBLEMÓW

| | |
|---|---|
| Rodzaj problemu | |
| Historia problemu<br>(kiedy zaczął występować) | |
| Metody radzenia sobie z problemem | |
| Opis problemu: | |

4. ZDROWIE

| | |
|---|---|
| Sposób żywienia<br>(sucha/mokra karma) | |
| Pory posiłków | |
| Stan zdrowia (przebyte choroby / przewlekłe choroby / obecnie leczone choroby) | |
| Przyjmowane leki | |
| Alergie | |

| | |
|---|---|
| Data ostatniego szczepienia przeciw wściekliźnie | |
| Data ostatniego szczepienia przeciw chorobom zakaźnym | |

5. KONTAKTY SPOŁECZNE

| | |
|---|---|
| Nastawienie do domowników | |
| Nastawienie do psów | |
| Nastawienie do obcych osób na spacerach | |
| Nastawienie do gości w domu | |
| Liczba osób dorosłych w domu oraz dzieci | |

6. PLAN DNIA

| | |
|---|---|
| Liczba spacerów, czas trwania | |
| Miejsca spacerów | |
| Sprzęt spacerowy<br>* obroża/szelki, typ smyczy, długość | |
| Lokalizacja psiego legowiska w domu | |
| Czas spania | |
| Inne zwierzęta w domu<br>*jeśli tak to jakie i ile | |
| Izolacja<br>*jak długo zostaje sam, jak się zachowuje | |
| Ulubione aktywności | |

| | |
|---|---|
| *zabawy, zajęcia w domu i na spacerze | |

7. SZKOLENIA

| | |
|---|---|
| Uczestnictwo w szkoleniach/konsultacjach | |
| Nabyte umiejętności | |

8. OCZEKIWANIA

| |
|---|
| Cele do osiągnięcia w procesie szkolenia: |