

Anmeldung für den Eignungstest

HundehalterIn

Name Vorname

Adresse

PLZ, Ort

Beruf

E-Mail Handy

Telefon G Telefon P

Hund

Rasse

Rufname

SHSB Nr. Chip-Nr.

Wurfdatum Geschlecht Rüde Hündin
 unkastriert kastriert

Ausbildung

Welpenspielstunde Wo?

Grundausbildung Wo?

Fortbildung Wo?

- | | | | |
|---|--------------------------------------|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> BH 1 | <input type="checkbox"/> BH 2 | <input type="checkbox"/> BH 3 | <input type="checkbox"/> Mobility |
| <input type="checkbox"/> SanH1 | <input type="checkbox"/> SanH2 | <input type="checkbox"/> SanH3 | <input type="checkbox"/> Flyball |
| <input type="checkbox"/> LawH 1 | <input type="checkbox"/> LawH 2 | <input type="checkbox"/> LawH 3 | <input type="checkbox"/> Rally Obedience |
| <input type="checkbox"/> VPG 1 | <input type="checkbox"/> VPG 2 | <input type="checkbox"/> VPG 3 | |
| <input type="checkbox"/> IPO 1 | <input type="checkbox"/> IPO 2 | <input type="checkbox"/> IPO 3 | |
| <input type="checkbox"/> FH97/1 | <input type="checkbox"/> FH97/2 | <input type="checkbox"/> FH97/3 | |
| <input type="checkbox"/> WAH 1 | <input type="checkbox"/> WAH 2 | <input type="checkbox"/> WAH 3 | |
| <input type="checkbox"/> Agility A/1 | <input type="checkbox"/> Agility 2 | <input type="checkbox"/> Agility 3 | |
| <input type="checkbox"/> Obedience Beg./1 | <input type="checkbox"/> Obedience 2 | <input type="checkbox"/> Obedience 3 | |

Therapiehund Wo?

Andere (Jagd/Hüteh.)



Mitgliedschaften

Kynologischer Verein:

Rasseclub:

Andere Hundeklubs:

Sozialverhalten des Hundes

Gibt es Altersgruppen bei Kindern, die Ihr Hund eher meidet?

- Babies Kleinkinder Schulkinder Teenager

- | | ja | nein | ungewiss |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Lässt Ihr Hund es zu, von einer Fremdperson berührt zu werden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Verträgt sich Ihr Hund gut mit anderen Hunden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Reagiert Ihr Hund nervös in lauten Menschenansammlungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Charakterzüge Ihres Hundes

- | | | |
|--------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> freundlich | <input type="checkbox"/> anpassungsfähig | <input type="checkbox"/> zurückhaltend |
| <input type="checkbox"/> scheu | <input type="checkbox"/> motivierbar | <input type="checkbox"/> ängstlich |
| <input type="checkbox"/> vorsichtig | <input type="checkbox"/> selbstsicher | <input type="checkbox"/> uninteressiert |
| <input type="checkbox"/> neugierig | <input type="checkbox"/> ablenkbar | <input type="checkbox"/> unsicher |
| <input type="checkbox"/> schreckhaft | <input type="checkbox"/> ruhig | <input type="checkbox"/> übermütig |
| <input type="checkbox"/> fröhlich | <input type="checkbox"/> verspielt | <input type="checkbox"/> aggressiv |
| <input type="checkbox"/> gutmütig | <input type="checkbox"/> kontrollierbar | <input type="checkbox"/> dominant |
| <input type="checkbox"/> anhänglich | <input type="checkbox"/> launisch | |

Team

Wer sind die Bezugspersonen Ihres Hundes?

- nur Sie die ganze Familie fremde Menschen

Wo und wann nehmen Sie ihren Hund mit?

- auf Reisen zu Freunden ins Büro
 auf Wanderungen zur Arbeit ins Restaurant

- | | ja | nein | ungewiss |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Befolgt Ihr Hund die Hör-/Sichtzeichen zum Sitzen, Liegen, Bleiben? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Können Sie Ihren Hund problemlos abrufen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gesundheitszustand Ihres Hundes

Ist Ihr Hund im Moment in Behandlung für:

- | | ja | nein |
|-----------|--------------------------|--|
| Augen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ohren | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haut | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Verdauung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Allergien | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Anderes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> wenn ja was?..... |

