

Schildkrötenhotel Check-In-Liste

Besitzer (Name, Vorname) : _____

aktuelle Telefonnummer _____ E-Mail Adresse: _____

Schildkröte/n: _____

Wurde eine Untersuchung auf folgende Infektionskrankheiten durchgeführt?

Mycoplasmen: JA NEIN Ergebnis: _____

Herpes: JA NEIN Ergebnis : _____

Wurde schon eine Parasitologische Kotuntersuchung durchgeführt ?

JA NEIN Ergebnis: _____

Wann war die Behandlung: _____ Mit was wurde behandelt: _____

Haben Sie bereits Vorbereitungen für die Winterstarre getroffen?

Nein JA

Wenn JA, welche? _____

Wann war die letzte Futteraufnahme? _____

Gibt es bei Ihrer Schildkröte Besonderheiten?

JA Nein

Wenn JA, welche: _____

Ist es der erste Winterschlaf für Ihre Schildkröte?

JA NEIN

Wenn NEIN wie lange hat sie das letzte Mal geschlafen? _____

Haben Sie einen gewünschten Auswinterungstermin?

JA Nein

Wenn JA, Wann? _____

Wollen Sie Ihre Schildkröte in Karlsruhe, Bietigheim-Bissingen oder Osterburken abholen?

Karlsruhe Bietigheim-Bissingen Osterburken

Wie möchten Sie kontaktiert/informiert werden:

E-Mail Telefon

Sind Sie irgendwann nicht erreichbar?: _____

Stationäre Aufnahme zur Überwinterung von Landschildkröten

Bei der Überwinterung der Landschildkröten in unserer Obhut wird bei wöchentlichen Kontrollen der Gesundheitszustand kontinuierlich überprüft. Auch während der Überwinterung geht das Leben, wenn auch unter verminderter Stoffwechsellistung, weiter. Das beinhaltet auch die Möglichkeit, plötzlicher und unvorhersehbarer Änderungen des Gesundheitszustandes, in seltenen Ausnahmefällen auch des Versterbens.

Für den Fall, dass wir bei den wöchentlichen Untersuchungen auffällige Befunde erheben, müssen wir schnell handeln, um die Gesundheit Ihrer Schildkröte zu schützen. Falls wir Sie nicht erreichen können, möchten wir Sie bitten, uns hiermit die Erlaubnis zu erteilen, medizinisch notwendige Maßnahmen zu ergreifen. Das können Behandlungen (z.B. Infusionen) oder diagnostisch sinnvolle Untersuchungen sein. In den täglichen Überwinterungskosten von 1,20 Euro pro Tag wären diese medizinischen Notfallmaßnahmen jedoch noch nicht enthalten. Wir bemühen uns, Sie so schnell wie möglich zu kontaktieren. Geben Sie uns dafür bitte möglichst viele Kontaktdaten an

Ich bin mit den medizinisch notwendigen Untersuchungen und Notfallmaßnahmen einverstanden und mir des Risikos von Zwischenfällen bewusst.

Datum und Unterschrift

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass meine getestete/n Landschildkröte/n (Herpes Virus & Mycoplasmen) oder ich selbst keinen Kontakt mit ungetesteten oder positiv getesteten fremden Schildkröten hatte.

Mir ist bewusst, dass eine Falschaussage die Gesundheit der restlichen Schildkröten gefährdet.

Datum und Unterschrift