

Karta Gościa

Imię psa: _____ termin pobytu w Psiastkarni: _____

| Dane psa | | Dane Właściciela | |
|---|---------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|
| Imię psa: | | Imię i nazwisko | |
| Rasa: | | Pesel/ Dowód osobisty/ Paszport | |
| Umaszczenie | | Nr telefonu | |
| Płeć | | e-mail | |
| Wiek | | Adres zamieszkania: | |
| Waga | | Ul. | |
| Nr chipu | | Miejscowość: | |
| Tatuaż | | Osoba Kontaktowa | |
| Cechy szczególne: | | Imię i nazwisko | |
| | | Nr telefonu | |
| | | Osoba Upoważniona | |
| | | Imię i nazwisko | |
| | | Nr telefonu | |
| | | Hasło Odbioru Psa | |
| Informacje o psie | | | |
| Sterylizacja/ kastracja | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE | |
| Data ostatniej cieczi | | | |
| Czy pies posiada aktualne: | | | |
| Szczepienie przeciwko wściekliznie | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE | |
| Szczepienie przeciwko chorobom zakaźnym | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE | |
| Odrobaczenie w okresie ostatnich 3 miesięcy | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE | |
| Zabezpieczenie przeciw kleszczom | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE | |
| Stan zdrowia psa | <input type="checkbox"/> DOBRY | <input type="checkbox"/> PRZECIĘTNY | <input type="checkbox"/> ZŁY |
| Choroby psa? | | | |
| Czy pies cierpi na: | | | |
| Nadwagę | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE | |
| Cukrzycę | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE | |
| Problemy ze stawami | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE | |
| Problemy ze wzrokiem | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE | |
| Problemy gastryczne | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE | |
| Zaburzenia równowagi | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE | |
| Problemy skórne | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE | |
| Padaczkę | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE | |
| Alergie pokarmowe | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE | |
| Alergie skórne | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE | |
| Alergie wziewne | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE | |
| Na co pies jest uczulony? | | | |
| Czy pies przyjmuje na stałe leki | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE | |
| Jakie? Dawkowanie | | | |
| Czy pies przyjmuje doraźnie leki | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE | |
| Jakie? Dawkowanie | | | |
| | | | |
| Czy pies jest aktywny? | <input type="checkbox"/> BARDZO | <input type="checkbox"/> PRZECIĘTNY | <input type="checkbox"/> MAŁO |
| | | | |

| | | | | |
|--|------------------------------------|---|---|---|
| Czy pies powinien czegoś unikać? (aktywności, rodzaj ruchu, kąpiele, bieganie, etc.) | | | | |
| Czy pies boi się czegoś? (dźwięki, przedmioty, zachowania, etc.) | | | | |
| Czy pies boi się weterynarza? | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE | | |
| Lecznica prowadząca psa | | | | |
| Nazwa lecznicy prowadzącej psa | | | | |
| Imię i nazwisko weterynarza prowadzącego | | | | |
| Adres lecznicy | | | | |
| Nr telefonu lecznicy | | | | |
| Żywnienie psa | | | | |
| Karma | <input type="checkbox"/> WŁASNA | <input type="checkbox"/> PSIASTKARNI SUCHA | <input type="checkbox"/> PSIASTKARNI GOTOWANA | |
| Alergia pokarmowa | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE | | |
| Składniki zabronione w diecie | | | | |
| Ilość posiłków dziennie | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | |
| Pory posiłków | | | | |
| Rodzaj miski | <input type="checkbox"/> KLASYCZNA | <input type="checkbox"/> ZE SPOWALNIACZEM | | |
| Uwagi specjalne dotyczące żywienia psa: | | | | |
| Zachowanie psa | | | | |
| Czy pies ma na co dzień styczność z | | | | |
| Psami | <input type="checkbox"/> NIE | <input type="checkbox"/> WIDUJE NA SPACERACH BEZ INTERAKCJI | <input type="checkbox"/> Z KILKOMA ZNAJOMYMI | <input type="checkbox"/> Z WIELOMA RÓŻNYMI PSAMI W PARKU I NA WYBIEGACH |
| Reaguje na nie | <input type="checkbox"/> IGNORUJE | <input type="checkbox"/> REAGUJE STRACHEM | <input type="checkbox"/> REAGUJE AGRESJĄ | <input type="checkbox"/> CIESZY SIĘ I DĄŻY DO POZYTYWNEJ INTERAKCJI |
| Dziećmi | <input type="checkbox"/> NIE | <input type="checkbox"/> WIDUJE NA SPACERACH BEZ INTERAKCJI | <input type="checkbox"/> Z KILKOMA – W DOMU I ZNAJOMYMI | <input type="checkbox"/> Z WIELOMA RÓŻNYMI DZIEĆMI |
| Reaguje na nie | <input type="checkbox"/> IGNORUJE | <input type="checkbox"/> REAGUJE STRACHEM | <input type="checkbox"/> REAGUJE AGRESJĄ | <input type="checkbox"/> CIESZY SIĘ I DĄŻY DO POZYTYWNEJ INTERAKCJI |
| Dorosłymi | <input type="checkbox"/> NIE | <input type="checkbox"/> WIDUJE NA SPACERACH BEZ INTERAKCJI | <input type="checkbox"/> Z KILKOMA ZNAJOMYMI | <input type="checkbox"/> Z WIELOMA RÓŻNYMI OSOBAMI |
| Reaguje na nich | <input type="checkbox"/> IGNORUJE | <input type="checkbox"/> REAGUJE STRACHEM | <input type="checkbox"/> REAGUJE AGRESJĄ | <input type="checkbox"/> CIESZY SIĘ I DĄŻY DO POZYTYWNEJ INTERAKCJI |
| Czy pies ma tendencję do obrony zasobów? (człowieka, zabawek, miejsca, etc.) | <input type="checkbox"/> TAK | | <input type="checkbox"/> NIE | |
| Jakich? | | | | |
| Czy pies boi się elementów architektonicznych (przechodzenie przez drzwi, wchodzenie po schodach, winda, etc.) | <input type="checkbox"/> TAK | | <input type="checkbox"/> NIE | |
| Jakich? | | | | |
| Czy pies boi się odgłosów ulicy? | <input type="checkbox"/> TAK | | <input type="checkbox"/> NIE | |
| Czy pies boi się wystrzałów (fajerwerki)? | <input type="checkbox"/> TAK | | <input type="checkbox"/> NIE | |

| | | | | |
|--|-------------------------------|-------------------------------------|---|-------------------------------------|
| Czy pies boi się czegoś szczególnego? Czego? | | | | |
| Czy pies reaguje agresywnie w otoczeniu jedzenia? | <input type="checkbox"/> TAK | | <input type="checkbox"/> NIE | |
| Czy pies reaguje agresywnie na psy? | <input type="checkbox"/> DUŻE | <input type="checkbox"/> DOMINUJĄCE | <input type="checkbox"/> AKTYWNE/ O WYSOKIM POZIOMIE ENERGII | <input type="checkbox"/> SZCZENIĘTA |
| | <input type="checkbox"/> MAŁE | <input type="checkbox"/> ULEGŁE | | <input type="checkbox"/> STARE PSY |
| Czy w agresywny sposób reaguje na jakiś specjalny typ psów (kolor, rasa, wielkość, zachowanie)? Jakiego? | | | | |
| Czy w agresywny sposób reaguje na jakiś specjalny typ ludzi (kolor skóry, wygląd, broda, elementy garderoby – np. kaptur, czapka, okulary, etc.)? Jakiego? | | | | |
| Jak pies reaguje na głaskanie? | | | | |
| Ulubione miejsce? | | | | |
| Jak pies reaguje na drapanie? | | | | |
| Ulubione miejsce? | | | | |
| Czy pies ma miejsca nadwrażliwe na dotyk? | <input type="checkbox"/> TAK | | <input type="checkbox"/> NIE | |
| Jakiego? | | | | |
| Czy pies ma ulubione pieszczoty? | <input type="checkbox"/> TAK | | <input type="checkbox"/> NIE | |
| Jakiego? | | | | |
| Czy pies ma ulubione zabawy? | <input type="checkbox"/> TAK | | <input type="checkbox"/> NIE | |
| Jakiego? | | | | |
| Czy pies lubi długie spacery? | <input type="checkbox"/> TAK | | <input type="checkbox"/> NIE | |
| Czy pies biega z człowiekiem? | <input type="checkbox"/> TAK | | <input type="checkbox"/> NIE | |
| Czy pies biega przy rowerze? | <input type="checkbox"/> TAK | | <input type="checkbox"/> NIE | |
| Czy pies aportuje? | <input type="checkbox"/> TAK | | <input type="checkbox"/> NIE | |
| Czy pies bawi się agility? | <input type="checkbox"/> TAK | | <input type="checkbox"/> NIE | |
| Czy pies dzieli się zabawkami z innymi psami? | <input type="checkbox"/> TAK | | <input type="checkbox"/> NIE | |
| Czy pies bawi się z innymi psami? | <input type="checkbox"/> TAK | | <input type="checkbox"/> NIE | |
| Czy pies bawi się z człowiekiem? | <input type="checkbox"/> TAK | | <input type="checkbox"/> NIE | |
| Czy pies na spacerach: | | | | |
| Chodzi grzecznie na smyczy | <input type="checkbox"/> TAK | | <input type="checkbox"/> NIE | |
| Ciągnie na smyczy | <input type="checkbox"/> TAK | | <input type="checkbox"/> NIE | |
| Zjada niedozwolone rzeczy | <input type="checkbox"/> TAK | | <input type="checkbox"/> NIE | |
| Szarpie się i próbuje uciekać | <input type="checkbox"/> TAK | | <input type="checkbox"/> NIE | |
| | | | | |
| Czy zaobserwowałeś u psa niewłaściwe zachowania nad którymi należy pracować? Jakiego? | | | | |
| Co szczególnie lubi twój pies? | | | | |
| Czego szczególnie nie lubi twój pies? | | | | |
| Czy twój pies uczęszczał na szkolenia? | <input type="checkbox"/> TAK | | <input type="checkbox"/> NIE | |
| Jakiego? | | | | |
| Czy twój pies reaguje na komendy? | <input type="checkbox"/> TAK | | <input type="checkbox"/> NIE | |

| | |
|---|--|
| Jakie? | |
| | |
| | |
| Czy masz jakieś specjalne życzenia, uwagi, zasady związane z wychowaniem psa? | |
| | |
| | |

Potwierdzam, że podane powyżej dane są zgodne z prawdą. Zdaję sobie sprawę z możliwych konsekwencji podania nieprawdziwych informacji, ryzyka zatajenia agresywnych czy niepożądanych zachowań psa, jak również jego chorób czy alergii. Biorę pełną odpowiedzialność za mojego psa i ewentualne wyrządzone przez niego szkody na mieniu, zwierzętach czy ludziach.

Data i miejsce

Imię i nazwisko

Oświadczam, że

- Wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych danych osobowych przez Paulina Domańska, Al. Wilanowska 5/9, 02-765 Warszawa, NIP 113 254 33 76, zwana dalej Psiastkarnią, zgodnie z ustawą z dn. 29.08.97 r. o Ochronie danych Osobowych Dz. Ust. nr 133 poz. 883 dla potrzeb niezbędnych do realizacji czynności związanych z usługami zamówionymi w Psiastkarni.
- Wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji handlowych dotyczących usług i produktów Psiastkarni i jej Partnerów Handlowych drogą elektroniczną na wskazany adres mailowy oraz numer telefonu.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu marketingu towaru i usług Psiastkarni i jej Partnerów.
- Wyrażam zgodę na kierowanie do mnie marketingu bezpośredniego przez Psiastkarnię przy użyciu telekomunikacyjnych urządzeń końcowych (np. telefon) i automatycznych systemów wywołujących,

Data i miejsce

Imię i nazwisko