

Karta Gościa

Imię psa: _____ termin pobytu w Psiastkarni: _____

Dane psa		Dane Właściciela	
Imię psa:		Imię i nazwisko	
Rasa:		Pesel	
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 agilitą?	<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 zaobserwowałaś 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 Q Matylda Anna Jagłowska-Kojtych, ul. Czarnieckiego 5, 05-510 Konstancin-Jeziorna, NIP 848 154 99 32, 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