

DERMATOLOGISCHER VORBERICHT FÜR HAUTPATIENTEN

Sehr geehrte Patienbesitzer, Ihr Schützling hat Probleme im Bereich der Haut und/oder der Ohren. Bitte füllen Sie den Bogen möglichst sorgfältig aus.

ALLGEMEIN

Name, Vorname Besitzer: _____ Name des Tieres: _____

In Besitz seit: _____ Wie alt war Ihr Tier, als Sie es bekommen haben? _____

Rasse: Hund Katze Geschlecht: männlich weiblich Alter: _____ Kastriert: Nein Ja Gewicht: _____

Bei Katze - Freigänger: Nein Ja Bei Ja - wurden folgende Erkrankungen getestet? FeLV (Leukose) FIV

War Ihr Tier im Ausland? Nein Ja, wo? _____

BEI NICHT KASTRIERTEN HÜNDINNEN

Wird die Hündin regelmäßig läufig? Nein Ja, letzte Läufigkeit: _____

aktueller Vorstellungsgrund: _____

ART UND AUFTRETEN DER BESCHWERDEN

Welche Beschwerden hat Ihr Tier? _____

Wann ist Ihnen das Problem zum ersten Mal aufgefallen? _____

Zu welcher Jahreszeit tritt das Problem auf? Frühjahr Sommer Herbst Winter ganzjährig

Wo begann die Erkrankung? Nase Ohren Pfoten Bauch _____

Hat sich das Problem verändert oder ausgebreitet? Nein Ja (wie/wohin/wie schnell) _____

Kratzt, leckt, reibt oder beißt sich das Tier? Nein Ja, wo? _____

Wie oft? ständig oft manchmal selten Zu bestimmten Tageszeiten? Nein Ja, wann? _____

Was ist Ihnen aufgefallen? Schuppen Pickel Krusten Haarverlust/kahle Stellen Hautverfärbung Knoten

Sonstiges: _____

Hat Ihr Tier schon Ohrenentzündungen gehabt? Nein Ja, wann? _____

UMGEBUNG DES TIERES

Gibt es andere Tiere im Haushalt? Nein Ja, welche? _____

Haben die anderen Tiere/Menschen im Haushalt ebenfalls Hautprobleme? Nein Ja _____

Aufenthaltsdauer Ihres Tieres: _____ % im Haus _____ % im Freien

Wird Ihr Tier gebadet? Nein Ja, wie oft? _____ Womit? _____

Gab es vor Auftreten der Symptome eine Veränderung im Umfeld Ihres Tieres? Nein Ja, was? _____

FÜTTERUNG

Was frisst Ihr Tier? Trockenfutter - Name: _____ Nassfutter - Name: _____

Frischfleisch / BARF Tischreste Leckerlies: _____

Frisst Ihr Tier auch draußen/wird es von anderen gefüttert? Nein Ja, was? _____

Wurde das Futter umgestellt? Nein Ja, wann und was? _____

Wurde jemals eine Ausschussdiät durchgeführt? Nein Ja

Mit welchem Futter? _____ Wie lange? _____ erfolgreich erfolglos

KOT

Wie ist der Kot Ihres Tieres? fest wurstig breiig flüssig Farbe: _____

Wie oft setzt Ihr Tier am Tag Kot ab? _____

BISHERIGE UNTERSUCHUNGEN UND BEHANDLUNGEN

Welche bisherigen Untersuchungen wurden durchgeführt?

mikroskopische Untersuchungen (Hautgeschabsel, Abstrich, Abklatsch) Woodsche Lampe (Untersuchung auf Hautpilz)
 Blutuntersuchung Allergietest Sonstige: _____

Ist Ihr Tier bereits behandelt worden (Injektionen, Salben, Shampoo)? Nein Ja

Wenn ja, folgendermaßen: _____

War diese Behandlung erfolgreich? Nein Ja

PROPHYLAXE

Wird Ihr Tier regelmäßig geimpft? Nein Ja Wird Ihr Tier regelmäßig entwurmt? Nein Ja, zuletzt am: _____

Wird Ihr Tier regelmäßig gegen Flöhe und Zecken behandelt? Nein Ja, zuletzt am: _____ mit: _____

Hat Ihr Tier Vorerkrankungen? Nein Ja, welche? _____

ALLGEMEINZUSTAND

Zeigt Ihr Tier folgende Symptome?

Erbrechen Nein Ja **Niesen** Nein Ja **Appetit** wenig normal viel

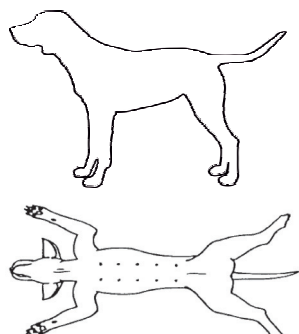
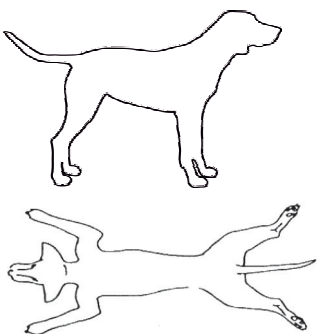
Gewichtszunahme Nein Ja **trärende Augen** Nein Ja **Wasseraufnahme** wenig normal viel

Gewichtsabnahme Nein Ja **Durchfall** Nein Ja **Urinabsatz** wenig normal viel

Husten Nein Ja Sonstiges: _____

HAUTVERÄNDERUNGEN

Bitte markieren Sie die entsprechenden Stellen in den Abbildungen.



v.l. | v.r. | h.l. | h.r.

