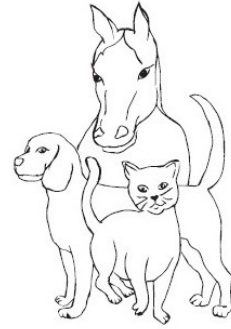


Anamnesebogen Dermatologie

Bitte ausfüllen und Zutreffendes ankreuzen.



Besitzer

Name, Vorname: _____

Patient

Tiername: _____ Tierart: _____

Rasse: _____ Alter: _____

Seit wann in Besitz: _____ Importland: _____

Geschlecht: männlich weiblich kastriert

Allgemeines

Wie alt war ihr Tier als sie es bekommen haben? _____

Sind Wurfgeschwister ebenfalls bekannte Hautpatienten? Ja Nein

Auslandsaufenthalt

War ihr Tier schon einmal im Ausland? Ja Nein

Falls ja, in welchem Land/Ländern? _____

Charakterisierung des Hautproblems

Juckreiz: schwach mittel stark

Haarverlust: ja nein wenn ja wo: _____

Offene Stellen: ja nein wenn ja wo: _____

Hautrötung: ja nein wenn ja wo: _____

Schuppen: ja nein wenn ja wo: _____

Hautgeruch: schwach mittel stark

Fettige Haut: ja nein Trockene Haut: ja nein

Wie lang genau besteht das Problem schon? _____

Ist das Problem zu manchen Jahreszeiten schlimmer? Ja oder nein

- Frühling
- Sommer
- Herbst
- Winter

Sind die Symptome an manchen Aufenthaltsorten schlechter? Ja oder nein
im Haus außerhalb

Zu welcher Tageszeit ist der Juckreiz am stärksten ausgeprägt?

- morgens
- mittags
- abends
- nachts

Wo hat das Problem angefangen?

- Ohren
- Augen
- Nase
- Backenbereich
- Lefzen
- Hals
- Brust
- Bauch
- Leistengegend
- Rücken
- Gliedmaßen vorne hinten
- Pfoten vorne hinten

Hat sich die Hautveränderung von dort aus weiter ausgedehnt? _____

Nein langsam schnell gleichmäßig in Intervallen

Kratzt, reibt oder schleckt sich ihr Tier an folgenden Stellen:

- Ohren
- Augen
- Nase
- Backenbereich
- Lefzen
- Hals
- Brust
- Bauch
- Rücken
- Leistengegend
- Gliedmaßen vorne hinten
- Pfoten vorne hinten

Wie sahen die Veränderungen zu Beginn aus?

- Wunde/offene Stellen
- eitrige Pusteln
- Haarausfall
- rote Hauterhebungen
- Quaddeln
- Nesselfieber
- Andere: _____
- _____
- _____

Zur Haltung ihres Tieres

Haben Sie andere Tiere im Haushalt? Ja nein welche? _____

Hat eines der Tiere Hautprobleme? Ja nein welches? _____

Hat ein Familienmitglied Hautprobleme? Ja nein welches? _____

Ihr Tier lebt überwiegend in: _____ (z.B. Wohnung, Zwinger, Stall)

Wo schläft ihr Tier?

- Schlafzimmer
- Bett
- Korb/Decke
- Stroh
- _____

Bei Katzen

- Wohnungskatze
- Freigänger

Wurden bei ihrer Katze je folgende Virustests durchgeführt?

- | | | | |
|--|----------|---------|---------|
| <input type="checkbox"/> FeLV (Felines Leukosevirus) | wenn ja: | positiv | negativ |
| <input type="checkbox"/> FIV (Katzenaids) | wenn ja: | positiv | negativ |
| <input type="checkbox"/> FIP | wenn ja: | positiv | negativ |

Fütterung

Was füttern Sie ihrem Tier? Marke?

Dosen: _____

Trockenfutter: _____

Barf: _____

Selbst gekocht: _____

Leckerlies: _____

Kaustangen, Zahnpflegeartikel: _____

Sonstiges/Zusätze Vitamine Mineralstoffe, BezoPet: _____

Gab es kürzlich eine Futterumstellung? Ja nein wann _____

Haben Sie je eine Ausschlussdiät durchgeführt? Ja nein

- Falls ja, mit welchem Futter: _____
- Für wie lange? _____
- Erfolg? _____

Prophylaxe

- Wann ist ihr Tier zum letzten Mal geimpft worden? _____
- Wann ist ihr Tier zum letzten Mal entwurmt worden? _____
- Wann sahen sie zum letzten Mal Flöhe? _____
- Welche Art von Flohbekämpfung führen Sie durch? _____

Präparat	Wie oft?	Wann zum letzten Mal?

Hat/Hatte ihr Tier Parasiten? Ja nein

- Milben
- Würmer
- Zecken
- Andere: _____

Vorbehandlungen

	Name des Medikaments/ Produkts	Datum Dauer	Wie oft? Wie viel?	Wirkung keine	Wirkung mittelmäßig	Wirkung sehr gut
Shampoo						
Kortison						
Antibiotika						
Ohrentropfen						
Salben/Lotionen/ Sprays						
sonstiges						
sonstiges						
sonstiges						

Welche der oben genannten Medikamente haben ihrer Meinung nach am Besten geholfen?

Welche Medikamente erhält ihr Tier zum jetzigen Zeitpunkt?

Allgemeinzustand

Allgemeinbefinden	normal	reduziert	
Kondition	normal	reduziert	
Appetit	normal	reduziert	erhöht
Gewichtsverlust	ja	nein	kg
Gewichtszunahme	ja	nein	kg
Trinkwassermenge	normal	reduziert	erhöht
Harnabsatz	normal	reduziert	erhöht
Kotabsatzfrequenz (1-3x)	normal	reduziert	gesteigert
Kotqualität	normal	abnormal	Wie?
Augenausfluß	ja	nein	
Läufigkeit	normal	abnormal	Letzte Läufigkeit?

Andere Erkrankungen/ Probleme? _____

bisherige Untersuchungsbefunde/ Laborbefunde? _____

Gibt es noch etwas, dass Ihnen wichtig erscheint Im Zusammenhang mit der Erkrankung? _____

Bitte bringen Sie den vollständig ausgefüllten Fragebogen zum vereinbarten Termin mit. Dies ermöglicht uns eine erste schnelle und gezielte Einschätzung des Hautproblems.

Datum: _____ Unterschrift: _____