

Fragebogen Dermatologie

Liebe Tierhalter, bitte füllen Sie diesen Fragebogen so weit es Ihnen möglich ist aus und bringen ihn zum vereinbarten Termin mit.

Tierhalter (Name, Anschrift, Telefon):

Patient:

Name:

Rasse:

Geschlecht: männlich weiblich kastriert

Geburtsdatum/Alter:

Besteht Kontakt zu Geschwister- oder Elterntieren? ja nein

Falls ja, ist Ihnen etwas über Hauterkrankungen bei diesen bekannt?

Auslandsaufenthalte Ihres Hundes? Falls ja welche Länder?

Bitte beschreiben Sie das Hautproblem Ihres Hundes

Würden Sie es als leichte mittelschwere oder schwere Hauterkrankung bezeichnen?

Leidet das Tier an Juckreiz? Bitte beachten Sie, dass neben Kratzen auch Reiben oder Lecken Ausdruck von Juckreiz sein können. Auf einer Skala von 1 – 10 (0 bedeutet, das Tier leidet keinen Juckreiz, 10 bedeutet, dass es sich permanent kratzt, leckt oder reibt (selbst nachts deshalb aufwacht):

• 1 • 2 • 3 • 4 • 5 • 6 • 7 • 8 • 9 • 10

Treten folgende Krankheitszeichen auf:

Haarausfall / kahle Hautbezirke: ja nein wenn ja, wo?

Offene Stellen / Wunden? ja nein wenn ja, wo?

Hautrötungen? ja nein wenn ja, wo?

Schuppen? ja nein wenn ja, wo?

Ist die Haut eher fettig trocken oder normal?

Riecht Ihr Tier / die Haut besonders? nicht etwas starker Geruch?

Haben Sie sonst etwas außergewöhnliches bemerkt?

Wie lange besteht das Problem schon?

Tritt das Problem u/o der Juckreiz besonders zu bestimmten Jahreszeiten auf? Ja Nein

Falls ja: im Frühling Sommer Herbst Winter

Wo am Körper hat das Problem begonnen?

Im Kopfbereich: Ohren Augen Nase Backenbereich Lefzen

Am Rumpf: Rücken Brust Bauch Leistengegend Hals

Gliedmaßen Pfoten Aftergegend

Haben sich die Hautveränderungen von dort ausgedehnt?

Falls ja: Langsam Sehr schnell
 Gleichmäßig oder in Intervallen

Kratzt, leckt, reibt oder beißt sich Ihr Tier? Ja Nein

Ohren Augen Nase Backenbereich Lefzen

Rücken Brust Bauch Leistengegend After

Hals Gliedmaßen Pfoten

Haltung des Tieres

Gibt es im Haushalt weitere Tiere?

Besteht Kontakt zu Nagern oder Großtieren (Z.B. Pferde)? Ja Nein

Hat ein Mitglied der Familie Hauterkrankungen? Ja Nein

Wie viel Zeit verbringt das Tier im Haus?

Wo hält sich das Tier die restliche Zeit auf?

Worauf liegt Ihr Tier zuhause? Welche Bodenbeläge haben Sie?

Sind die Krankheitszeichen zu manchen Tageszeiten oder an unterschiedlichen Aufenthaltsorten (Zimmer, im Freien.....) schlimmer?

Ja Nein

Morgens Abends

Im Haus Außerhalb des Hauses, im Freien

Nur für Katzen:

Ist Ihre Katze eine reine Wohnungskatze oder ein Freigänger ? ?

Wurde Ihre Katze auf eine der folgenden (Virus)erkrankungen getestet?

FeLV (Leukose) FIV (Katzen“Aids“) FIP (infektiöse Bauchfellentzündung)

Zuletzt durchgeführte Entwurmungen und Impfungen, falls möglich wenn und welche?

Floh- und Zeckenschutzpräparate (Präparat, Zeitpunkt):

Hat oder hatte Ihr Tier Parasiten?

Ja Nein

Falls ja :

Milben Würmer Zecken Flöhe sonstige

Ist Ihr Tier in Tierpensionen oder außerhalb der normalen Umgebung gewesen? Wo und wann?

Haben sich die Hautsymptome in der fremden Umgebung

Verbessert

Verschlechtert

Sind gleich geblieben

Ernährung

Was füttern Sie? (Bitte listen Sie auch Leckerlis, Kaustangen usw. auf)

Feucht(Dosen)futter:

Trockenfutter:

Selbstgekochtes oder „vom Tisch“:

Anderes:

Füttern Sie Vitaminpräparate oder sonstige Nahrungsergänzungsmittel zu?

Ja

Nein

Wenn ja, welche?

Bisherige Behandlungen

Wurde Ihr Tier bisher behandelt?

Ja

Nein

Wenn ja, wie und womit?

Antiparasitika:	Name:	<input type="checkbox"/> Wirkung gut	<input type="checkbox"/> kaum	<input type="checkbox"/> gar nicht
Antibiotika:	Name:	<input type="checkbox"/> Wirkung gut	<input type="checkbox"/> kaum	<input type="checkbox"/> gar nicht
Kortison:	Name:	<input type="checkbox"/> Wirkung gut	<input type="checkbox"/> kaum	<input type="checkbox"/> gar nicht
Antihistamine	Name:	<input type="checkbox"/> Wirkung gut	<input type="checkbox"/> kaum	<input type="checkbox"/> gar nicht
Shampoo:	Name:	<input type="checkbox"/> Wirkung gut	<input type="checkbox"/> kaum	<input type="checkbox"/> gar nicht
Salben/Cremes/Lotionen:	Name:	<input type="checkbox"/> Wirkung gut	<input type="checkbox"/> kaum	<input type="checkbox"/> gar nicht
Ohrentropfen:	Name:	<input type="checkbox"/> Wirkung gut	<input type="checkbox"/> kaum	<input type="checkbox"/> gar nicht
Andere:	Name:	<input type="checkbox"/> Wirkung gut	<input type="checkbox"/> kaum	<input type="checkbox"/> gar nicht

Welche dieser Medikamente haben nach Ihrer Meinung am besten geholfen?

Welche Medikamente erhält Ihr Tier zum gegenwärtigen Zeitpunkt?

ALLGEMEINZUSTAND

Allgemeinbefinden	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> reduziert
Kondition	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> reduziert
Appetit	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> reduziert <input type="checkbox"/> erhöht
Trinkwassermenge	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> erhöht
Gewichtsverlust	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Gewichtszunahme	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Harnabsatz	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> erhöht ?
Kotabsatzfrequenz	<input type="checkbox"/> < 2 x /Tag	<input type="checkbox"/> 2-3 x /Tag <input type="checkbox"/> > 3 x /Tag
Kotqualität	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> abnormal
	<input type="checkbox"/> Durchfälle	<input type="checkbox"/> Blähungen
Augenausfluss	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Läufigkeit (Dauer, Intervall)	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> abnormal

Letzte Läufigkeit ?

Andere Erkrankungen / Probleme?

Zeigt das Tier eines der folgenden Symptome:

Husten	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Niesen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Lahmheiten / Humpeln	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Gibt es noch etwas, dass Ihnen im Zusammenhang mit der Erkrankung als wichtig erscheint?

Vielen Dank.