

DERMATOLOGISCHER FRAGEBOGEN

Sehr geehrte Tierhalterin, sehr geehrter Tierhalter,

damit wir Ihrem Tier die bestmögliche Behandlung zukommen lassen, Ihre Fragen schnell beantworten und unsere Leistungen ordnungsgemäß abrechnen können, benötigen wir von Ihnen einige Informationen.

Alle Angaben fallen unter die tierärztliche Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt.

Befunde bisheriger Untersuchungen (z.B. Blut-, Hautuntersuchungen, Allergietests) bitte mitbringen.

Angaben zum Patienten

Tiername	Tierart		Rasse		
Gewicht	Geburtstag				
Geschlecht	männlich	weiblich	Kastriert	Nein	Ja

Allgemeine Krankengeschichte

Haltung

Was ist der Grund Ihres Besuchs?

Welche Böden haben Sie? Schlafplatz (Unterlage / Zimmer)

In welcher Umgebung leben Sie und Ihr Tier? ländlich städtisch

Aufgabe der Tiers Haustier Zucht Jagd Sport Andere

Weitere Haustiere

Hauterkrankungen bei diesen

Kontaktpersonen mit Hauterkrankungen

Futter

Futterart	Trocken	Nass	Selbstgekochtes	Marke
-----------	---------	------	-----------------	-------

Leckerli, Vitamine, Zusätze

Häufigkeit der Kotabsatz pro Tag 1 2 3 4 5

Wurde jemals eine spezielle Ausschlussdiät gefüttert? Nein Ja

Mit welchem Futter? 100% Konsequenz Nein Ja

Für wie lange? 1 Woche 2 Wochen 3 - 4 Wochen Länger als 1 Monat

Allgemeine Gesundheit

Allgemeiner Gesundheitszustand

Erbrechen	Durchfall	Gewichtsveränderung		Müdigkeit	Geändertes Harnverhalten	
Husten	Sonstiges					
Trinkt Ihr Tier mehr?	Nein	Ja				
Wieviel geschätzte Liter am Tag?		0 - 0,5 l	0,5 - 1 l	1 - 1,5 l	1,5 - 2 l	Mehr als 2 l

Krankengeschichte

Bisherige Erkrankungen / Operationen

Vorherige Hauterkrankungen (ohne Bezug zu dieser)

Auslandsaufenthalte Nein Ja (wenn ja, wann und wo?)

Zyklus / Trächtigkeit / Zucht

Verhaltensänderung / Temperament

Prophylaxe

Impfung	Ungefähres Datum der letzten Impfung
Entwurmung	Ungefähres Datum der letzten Entwurmung
Floh / Zeckenmittel	Ungefähres Datum des letzten Auftrags

Bei Katzen

Wurden bei Ihrer Katze folgende Virustests mit positivem Ergebnis durchgeführt? FeIV FIV FIP

Krankengeschichte des Haut- und / oder Ohrenproblems

Ungefährer Beginn der Beschwerden

Was war das Erste was Ihnen aufgefallen ist?

Wie alt war Ihr Tier damals?	0 - 3 Monate	3 - 6 Monate	6 - 12 Monate			
	1 - 2 Jahre	2 - 4 Jahre	4 - 8 Jahre	8 - 12 Jahre	Älter als 12 Jahre	

Welche Veränderungen waren anfangs zu bemerken?

Rötung	Pickel	Haarausfall	Juckreiz	Krusten	Schuppen	Geruch
Sonstiges						

Welcher Körperregionen sind betroffen?

Kopf	Ohren	Achselhöhlen	Bauch	Rücken	Pfoten	Beine
Sonstiges						

Assoziierte Probleme

Ohrenprobleme	Nein	Ja (wenn ja, welche?)
Augenprobleme	Nein	Ja (wenn ja, welche?)
Nießen, Asthma	Nein	Ja (wenn ja, wie häufig / Monat?)

Juckreiz

Was ist Ihnen zuerst aufgefallen? Juckreiz Hautveränderung Beides

Welche Ausprägung hatte der Juckreiz auf einer Skala von 0-10?

.....

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Welche Körperregionen sind vom Juckreiz betroffen?

Kopf Ohren Achselhöhlen Bauch Rücken Pfoten Beine

Sonstiges

Verlauf

Wie war der Verlauf der Hautkrankheit?

Zunehmend Abnehmend Langsam Schnell Wechselhaft Kontinuierlich

Wird das Problem zu einer bestimmten Jahreszeit schlimmer?

Nein Ja (wenn ja, in welcher?) Frühjahr Sommer Herbst Winter

Wie verhält sich das Problem in einer anderen Umgebung / Ort (z.B. Urlaub, Tierpension, etc.)?

Wird schlechter Wird besser Bleibt unverändert

Sind ähnliche Probleme bei Eltern oder Wurfgeschwistern bekannt?

Nein Ja (wenn ja, welche?)

Medikamente

Welche Medikamente hat Ihr Tier bereits erhalten?

Antibiotika	Geholfen?	Nein	Ja	Kortison	Geholfen?	Nein	Ja
Ohrenprobleme	Geholfen?	Nein	Ja	Shampoo	Geholfen?	Nein	Ja
Salbe	Geholfen?	Nein	Ja	Pilzmedikamente	Geholfen?	Nein	Ja
Sonstiges (z.B. Antihistaminika, Fettsäuren, etc.)					Geholfen?	Nein	Ja

Was davon hat am besten geholfen?

Welche Medikamente bekommt Ihr Tier zum jetzigen Zeitpunkt?



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

Einwilligung in die Nutzung Ihrer Daten

Sollten Sie ein Feld nicht ankreuzen, gilt die jeweilige Einwilligung als verweigert:

Ich willige ein, dass die erfassten Daten für zukünftige Behandlungsaufträge widerruflich gespeichert und genutzt werden dürfen.

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben.

Meerbusch,

Unterschrift

