



Hautfragebogen

BESITZER _____
PATIENT _____ weiblich männlich kastriert
ALTER _____ DATUM _____
GEWICHT _____ NOTIZ _____

Angaben zur Identifizierung des Tieres

TIERART _____ FARBE _____
RASSE _____ NOTIZ _____

Eine eingehende Analyse der Krankengeschichte Ihres Haustieres ist wesentlich für die dermatologische Diagnostik. Genauso ist die fachgerechte Untersuchung der Patienten von Bedeutung. Nehmen Sie sich Ihrem Tier zu Liebe ausreichend Zeit bei der Beantwortung dieses Fragebogens und für Ihren Besuch bei uns. Vielen Dank!

Allgemeines

Herkunft des Tieres Züchter Privat Tierheim

Wie alt war Ihr Tier, als Sie es bekommen haben? _____

Haltung/ Haushalt

Haben Sie noch andere Tiere im Haushalt? ja nein
Falls ja, hat eines der anderen Tiere Hautproblem? ja, welche? _____ nein
Hat ein Familienmitglied Hautprobleme? ja, welche? _____ nein
Wie viel Zeit verbringt Ihr Tier im Haus? _____
Wo hält sich das Tier die restliche Zeit auf? _____
Welche Böden haben Sie im Haus? _____
Worauf liegt Ihr Tier? _____

Auslandsaufenthalt

War Ihr Tier schon mal im Ausland? ja nein
Falls ja, in welchen Ländern? _____

Allgemeinzustand

Allgemeinbefinden gut reduziert
Kondition gut reduziert
Gewicht Zunahme gleichbleibend Abnahme
Appetit gut reduziert
Trinwassermenge normal erhöht
Harnabsatz normal erhöht

Kleintierpraxis in Eschwege

Dr. med. vet. Katja Schinkel Freiherr-vom-Stein-Straße 33 37269 Eschwege

Fon 0 56 51 - 1 39 68 Fax 0 56 51 - 2 26 91 Mail info@tierarzt-schinkel.de

Web www.tierarzt-schinkel.de



Kotabsatz, Zahl der »Häufchen«	<input type="radio"/> 1–2x/Tag	<input type="radio"/> 2–3x/Tag	<input type="radio"/> mehr als 3x/Tag
»Kotqualität«	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> unnormal	
	<input type="radio"/> Durchfall	<input type="radio"/> Blähungen	
Augenausfluss	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
Augenrötung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
Husten	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
Niesen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
Läufigkeit–Dauer	_____ Wochen		
Läufigkeit–Abstände	_____ Monate		
Letzte Läufigkeit	_____		
Andere Erkrankungen oder Probleme?	_____		

Nur für Katzenbesitzer

Lebt Ihre Katze nur im Haus?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Geht Sie auch nach draußen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Wurde bei Ihrer Katze einer der folgenden Virus Tests durchgeführt? Falls ja, fiel er positiv aus?		
FeLV	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> positiv
FIV	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> positiv
FIP	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> positiv

Ernährung

Was füttern Sie zur Zeit? Bitte listen Sie auch Leckerli, Kaustangen usw. auf!

Dosenfutter	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Trockenfutter	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Selbstgekochtes, Barfing	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
»vom Tisch«	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Füttern Sie Vitaminpräparate oder sonstige Nahrungsergänzungsmittel?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Wurde bereits eine spez. Ausschlussdiät gefüttert?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Falls ja, welche?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

Prophylaxe

! HINWEIS Bitte bringen Sie auch Ihren Impfausweis zur nächsten Behandlung mit.

Wann ist Ihr Tier zum letzten Mal geimpft? _____

Wann haben Sie Ihr Tier zum letzten Mal entwurmt? _____

Wann haben Sie das letzte Mal Flöhe bemerkt? _____

Kleintierpraxis in Eschwege

Dr. med. vet. Katja Schinkel Freiherr-vom-Stein-Straße 33 37269 Eschwege

Fon 0 56 51 - 139 68 Fax 0 56 51 - 2 26 91 Mail info@tierarzt-schinkel.de

Web www.tierarzt-schinkel.de



Welche Art von Flohbekämpfung bzw. -vorbeugung führen Sie durch?

Präparat _____
Wie oft? _____
Wann zuletzt? _____

Wie sieht das Hautproblem Ihres Tieres aus?

	SCHWACH	MITTEL	STARK
Juckreiz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schuppen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Haarverlust, kahle Stellen
Wo? _____

offene Stellen, Wunden
Wo? _____

Hautrötungen
Wo? _____

Fettige Haut ja nein

Trockene Haut ja nein

Andere Auffälligkeiten

Dauer

Wie lange besteht das Problem schon? _____

Wann ist es zum ersten Mal aufgetreten? _____

Ist das Problem zu manchen ja nein

Jahreszeiten schlimmer?

Falls ja, wann? Frühling Sommer Winter Herbst

Sind die Symptome zu manchen Tageszeiten oder ja nein

an manchen Aufenthaltsorten schlimmer?

Falls ja, wann und wo? morgens abends im Haus draussen

Hatte Ihr Tier schon mal Ohrenprobleme ja nein

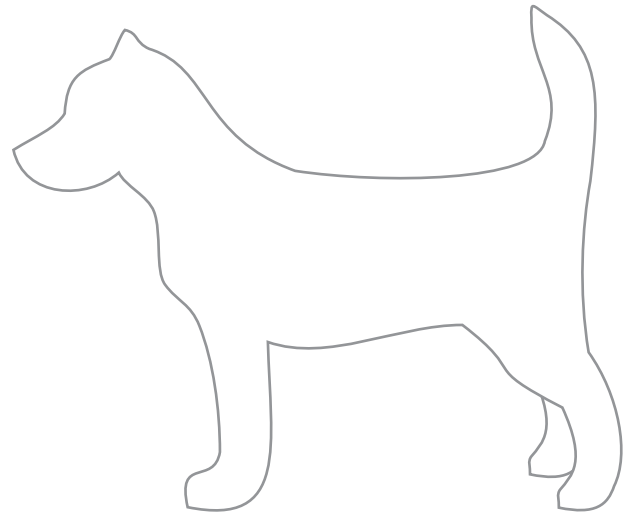
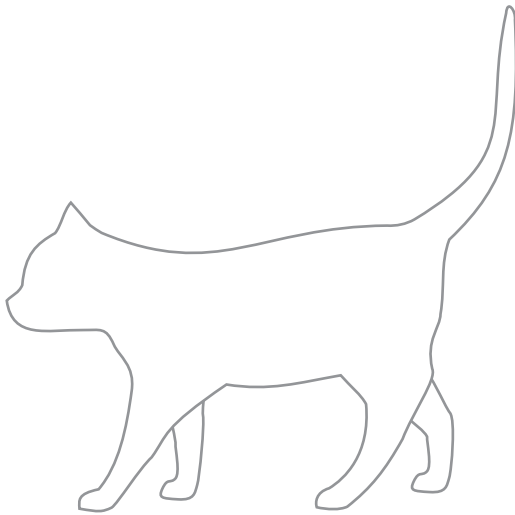
bzw. -entzündungen?

Falls ja, wie hat es begonnen? zuerst Juckreiz zuerst Hautveränderung



Verteilung

Wo hat das Problem begonnen? Zutreffendes bitte ankreuzen und markieren!



- | | | | | | |
|---------------|------------------------------|-----------------------------|----------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| KOPF | <input type="radio"/> Ohren | <input type="radio"/> Augen | <input type="radio"/> Lefze | <input type="radio"/> Schnauze | <input type="radio"/> Hals |
| RUMPF | <input type="radio"/> Rücken | <input type="radio"/> Bauch | <input type="radio"/> Brust | <input type="radio"/> Achselgegend | <input type="radio"/> Leistengegend |
| GLIEDERMASSEN | <input type="radio"/> Pfoten | <input type="radio"/> After | <input type="radio"/> Ellenbogen | | |

Bisherige Behandlung

Wurde Ihr Tier bereits behandelt?

ja nein

Falls ja, wie und womit? *Wirkung:*

	GUT	KAUM	GAR NICHT
Antiparasitika	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antibiotika	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cortison	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anthihistaminika	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Shampoo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Salben / Cremes / Lotion	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Spray	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ohrentropfen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anderes	_____		

Welche dieser Medikamente haben Ihrer Meinung nach am besten geholfen? Warum?

Welche Medikamente bekommt Ihr Tier im Moment?
