

Dermatologischer Fragebogen

Name Besitzer*in: _____

Anschrift: _____

Name des Tieres: _____

Tierart: _____

Hinweis: Bitte füllen Sie diesen Fragebogen möglichst sorgfältig und vollständig aus. Vielen Dank

Allgemeine Fragen

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

War Ihr Tier schon einmal im Ausland? nein unbekannt ja, in _____

Art und Auftreten der Beschwerden

Welche Beschwerden hat Ihr Tier?

Wann/in welchem Alter sind die Beschwerden zum ersten Mal aufgetreten? _____

Wo begann die Erkrankung (z.B. Ohren, Nase, Pfoten, Bauch etc.) _____

Wie sahen die Veränderungen zu Beginn aus (Rötungen, Quaddeln, eitrige Pusteln, Schuppen, Haarausfall etc.)? _____

Hat sich das Problem verändert oder ausgeweitet? nein ja (wie/wohin/wie schnell) _____

Sind die Beschwerden ganzjährig? ja nein, sind sie saisonal stärker ausgeprägt? Frühjahr Sommer
Herbst Winter

Kratzt, leckt, beißt oder reibt sich Ihr Tier nein ja An welchen Körperstellen (z.B. Lefzen, Ohren, Pfoten, Bauch etc.)? _____

Wie oft? ständig oft manchmal selten

Zu bestimmten Tageszeiten? nein ja (morgens ,mittags, abends, etc.?) _____

Hat Ihr Tier schon einmal Ohrenprobleme/-entzündungen gehabt? nein ja Wann? _____

Umgebung des Tieres

Haben Sie noch andere Tiere? nein ja, und zwar _____

Haben andere Tiere oder Menschen im Haushalt ebenfalls Hautprobleme? nein ja, folgende

Sind verwandte Tiere Ihres Tieres ebenfalls betroffen? nein unbekannt ja, folgendermaßen

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

Wir Ihr Tier regelmäßig/manchmal gebadet? nein ja Wie oft? Womit? _____

Gab es vor dem Auftreten der Symptome eine Veränderung im Umfeld des Tieres? nein

ja, folgendermaßen _____

Bei Katzen

Wurde bei Ihrer Katze je folgender Virustest durchgeführt? FeLV FIV FIP keine

Mit welchem/n Ergebnis/en? _____

Fütterung

Was füttern Sie Ihrem Tier? Bitte schreiben Sie auch Leckerlies, Kaustangen etc. auf.

Trockenfutter Name des Futters: _____

Dosenfutter Name des Futters: _____

Frischfleisch Tischreste Anderes: _____

Futterzusätze (bitte namentlich aufzählen): _____

Wurde jemals eine Ausschlussdiät durchgeführt? nein ja

Mit welchem Futter? _____ Wie lange? _____

Erfolg? _____

Bisherige Behandlungsmaßnahmen

Ist Ihr Tier bereits medikamentell (Injektion, Tabletten, Shampoo, Salben) behandelt worden?

nein ja, folgendermaßen:

Medikament:	Dosis:	Dauer:	Erfolg:
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Prophylaxe

Wird Ihr Tier regelmäßig geimpft? nein ja, zuletzt am _____

Wird Ihr Tier regelmäßig entwurmt) nein ja, zuletzt am _____ mit _____ (Präparat)

Wird Ihr Tier regelmäßig gegen Flöhe behandelt? nein ja, zuletzt am _____ mit _____ (Präparat)

Allgemeinzustand

Hat sich der Appetit Ihres Tieres in letzter Zeit verändert? nein ja, gesteigert ja, vermindert

Hat sich das Gewicht Ihres Tieres in letzter Zeit verändert? nein ja, gesteigert ja, vermindert

Zeigt Ihr Tier häufiger eines oder mehrere Symptome:

- Husten Niesen tränende Augen Erbrechen Durchfall/weicher Kot vermehrtes Trinken
- vermehrter Urinabsatz

Leidet Ihr Tier an anderen Krankheiten? nein ja, an folgenden _____

Bei nicht kastrierten Hündinnen

Wird Ihre Hündin regelmäßig läufig? nein ja, letzte Läufigkeit: _____

Gibt es noch etwas, was Sie uns mitteilen möchten?

Vielen Dank für Ihre Mithilfe,
Ihr Praxisteam