



Fragebogen für Hautpatienten

Name: _____

Rasse: _____

Alter: _____

Vorstellungsgrund: _____

Geschlecht: _____

In Besitz seit: _____

Seit wann besteht die Symptomatik?

Wo sind diese zuerst aufgetreten?

Haben sie sich in ihrem Aussehen verändert?
Wenn ja, wie?

Besteht Juckreiz (kratzen, beißen, kauen, lecken, reiben)?

Nein Ja -> wenig mäßig stark sehr stark

Wenn ja, sind bestimmte Körperteile besonders betroffen
(z.B. Ohren, Gesicht, Pfoten, Beine)?

Ist Ihnen zuerst der Juckreiz aufgefallen oder haben Sie zunächst Hautveränderungen
bemerkt?

Hatte Ihr Tier jemals Ohrentzündungen?

Wieviel Zeit verbringt Ihr Tier täglich etwas

_____Stunden im Haus

_____Stunden Draußen

Ist die Problematik das ganze Jahr über gleich stark ausgeprägt?

Gibt es saisonbedingte Verschlimmerungen?

Wenn ja, wann?

Treten sonstige Symptome gleichzeitig auf, z.B. eine Atemwegsproblematik (Niesen, Husten, Pfeifen, etc.)? Verdauungsprobleme (Durchfall, Erbrechen, Appetitlosigkeit)?

Was füttern Sie Ihrem Tier?

Reagiert Ihr Tier empfindlich auf eine Futterumstellung (Erbrechen, Durchfall)?

Haben Sie noch andere Haustiere?
Wenn ja welche Tierart?

Sind Kontakttiere (v.a. Hunde) in ähnlicher Weise betroffen?

Ist Ihnen bekannt, ob in der Verwandtschaft des Tieres ähnliche Probleme auftreten?

Haben Kontaktpersonen Hautprobleme?

Ist vor Beginn der Symptomatik eine Veränderung in der Umgebung des Tieres aufgetreten (neue Liegefläche, neue Futterschale etc.)?

Wird eine Vorbeugung gegen Flöhe und Zecken regelmäßig betrieben?
Wenn ja, wie oft und mit welchem Präparat?

Waren Sie wegen dieser Symptomatik schon bei einem anderen Tierarzt?

Welche Vorbehandlungen wurden durchgeführt?
(Tabletten, Shampoos etc.)

Medikament	Zeitpunkt / Dauer	Erfolg
_____	_____	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
_____	_____	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
_____	_____	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
_____	_____	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
_____	_____	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
_____	_____	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

War Ihr Tier im Ausland?

nein ja wo und wann? _____

Allgemeine Fragen:

	Wenig	Normal	Viel
Appetit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wasseraufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kotabsatzfrequenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urinabsatzfrequenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>