

Liebe/r Frau/Herr _____ Tierart/ Name des Tieres _____

Ihr Tier hat Probleme im Bereich der Haut - des Ohres. **Bitte füllen Sie diesen Bogen möglichst sorgfältig aus.**

Allgemeines

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 das erste Mal aufgetreten? _____

Wo begann die Erkrankung (z.B. Nase, Ohren, 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, sie sind saisonal stärker im:

Frühjahr Sommer Herbst Winter

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

Ja, an welchen Körperstellen (z.B. an Leffen, Ohren, Pfoten, Bauch etc.)?

Wie oft? Ständig Oft Manchmal Selten

Zu bestimmten Tageszeiten? Nein Ja (z.B. 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/Menschen im selben Haushalt ebenfalls Hautprobleme?

Nein Ja, folgende _____

Sind verwandte Tiere Ihres Tieres ebenfalls betroffen? Nein Weiß ich nicht

Ja, folgendermaßen _____

Die Aufenthaltsdauer Ihres Tieres ist zu _____ % im Haus _____ % im Freien

Wird Ihr Tier regelmäßig/manchmal gebadet?

Nein Ja, wie oft? Womit? _____

Gab es vor Auftreten der Symptome eine Veränderung im Umfeld Ihres Tieres?

Nein Ja, folgende _____

Bei Katzen

Wurde bei Ihrer Katze je folgende Virustests durchgeführt?

FeLV FIV FIP keine Mit welchem Ergebnis? _____

Fütterung

Was füttern Sie Ihrem Tier? (Bitte auch Leckerlis, Kaustangen etc. aufzählen)

Trockenfutter, Name _____ Dosenfutter, Name _____

Frischfleisch Tischreste Anderes _____

Futterzusätze, Name _____

Wurde jemals eine Ausschlussdiät durchgeführt?

Nein Ja Wie lange? _____ Mit welchem Futter? _____

Erfolg? _____

Geben Sie Nahrungsergänzungsmittel (zB. Öle, Vitamine, Mineralstoffe)?

Nein Ja, welche? _____

Bisherige Behandlungsmaßnahmen

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

Nein Ja, folgendermaßen _____

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

Haben Sie Ihr Tier bereits homöopathisch, pflanzlich oder anderweitig naturheilkundlich behandelt?

Nein Ja, in Zusammenarbeit mit einer/m Tierheilpraktiker/in? _____

Prophylaxe

Wird Ihr Tier regelmäßig geimpft? Nein Ja, zuletzt am _____

Wird Ihr Tier regelmäßig entwurmt? Nein Ja, zuletzt am _____ mit _____ (Name des Präparates)

Wird ihr Tier regelmäßig gegen Flöhe behandelt? Nein Ja, zuletzt am _____ mit _____ (Name des Präparates)

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, und zwar _____

Zeigt Ihr Tier häufiger eines oder mehrere der folgenden Symptome

Husten Niesen tränende Augen Erbrechen Durchfall/weicher Kot

vermehrter Urinabsatz vermehrtes Trinken

Leidet ihr Tier an anderen Krankheiten? Nein Ja, und zwar an _____

Bei nicht kastrierten Hündinnen

Wird Ihre Hündin regelmäßig läufig? Nein Ja, letzte Läufigkeit _____

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

