

Name des Besitzers _____

Name des Tieres _____ Geschlecht _____

Es können mehrere Möglichkeiten angekreuzt werden.

Herkunft des Tieres

- Züchter Händler Tierheim Inland / Ausland / unbekannt
 Sonstiges _____

Alter zur Zeit der Anschaffung

Funktion des Tieres (Hund)

- Haushund Jagdhund Hütehund Schutzhund Hofhund
 Sonstiges _____

Umgebung, in der das Tier lebt

- Ländlich Stadt beides

Wo hält sich das Tier hauptsächlich auf?

- Haus Zwinger Hof Sonstiges _____

Wenn im Haus:

Besteht freier Zugang zu allen Zimmern? ja nein

Besteht Zugang zu Schlafzimmer? ja nein

In welchem Raum schläft/liegt das Tier? _____

Auf welchem Lager schläft/liegt das Tier? _____

Bekommt das Tier Auslauf und wohin (Strasse, Park, Wald)? _____

Erfolgten Änderungen in der Umgebung (Gegend, Haus, Fussboden)? _____

War das mit einer Veränderung bei der Hauterkrankung verbunden? _____

Fütterung

Welches Futter bekommt Ihr Tier?

- Dosenfutter Trockenfutter Selbstgekochtes Sonstiges _____

Genauere Angaben (z.B. Produktbezeichnung): _____

Ergänzungen (Vitamine, Mineralien, etc.): _____

Wurde bereits eine strenge (Ausschluss-) Diät durchgeführt? ja nein

Wenn ja: Zusammensetzung? _____

Dauer? _____ Wirkung? _____

Kontakt

Gibt es andere Tiere im Haushalt? ja nein

Wenn ja: Welche? _____

Hauterkrankungen? _____

Leiden Sie oder andere Haushaltsmitglieder an Hautproblemen (Juckreiz, Rötung)?

Ja Nein

Wenn ja, beschreiben Sie diese bitte: _____

Impfung & Entwurmung

Impfung

Wann zuletzt? _____ Womit? _____

Entwurmung

Wann zuletzt? _____ Womit? _____

Auslandsaufenthalt

Ja Nein Wenn ja, wo? _____

Allgemeiner Gesundheitszustand (gegenwärtig und in der Vergangenheit)

Verdauungsapparat

Änderung des Appetits? nein ja _____

Änderung im Trinkverhalten? nein ja _____

Gewichtsveränderung? nein ja _____

Erbrechen? nein ja _____

Mehr als 3 x Stuhlgang/Tag nein ja _____

Abnorme Stuhlbeschaffenheit? nein ja _____

Harnapparat

Änderung beim Harnabsatz? nein ja _____

Änderung der Harnbeschaffenheit? nein ja _____

Atemtrakt

Husten? nein ja _____

Niesen? nein ja _____

Kreislauf

Ermüdet das Tier leicht? nein ja _____

Orthopädische Probleme? nein ja _____

Geschlechtsspezifische Fragen

Wurde Ihr Tier kastriert? nein ja Wenn ja, wann _____

Wenn nein:

Unkastrierte Hündin/Katze: Wird eine Läufigkeitsverhütung vorgenommen?

Nein Ja

Wenn ja, wann zuletzt? _____

Wenn nein, wann war das Tier zuletzt läufig? _____

Gab es hierbei Besonderheiten? _____

Besteht Scheidenausfluss? _____

War das Tier trächtig? _____

Ändert sich das "Hautproblem" im zeitlichen Zusammenhang zur Kastration / Läufigkeit / Trächtigkeit?

Nein ja Wenn ja, wie? _____

Unkastrierter Rüde/Kater: Sind Ihnen Verhaltensänderungen aufgefallen bzw. andere Rüden Interesse an dem Tier?

nein ja

Haben Sie bei Ihrem Tier Flöhe entdeckt? nein ja

Ursprüngliches Hautproblem und Entwicklung

Wann begannen die Beschwerden? _____

Wie alt war das Tier als das Problem begann? _____

Wie lange leidet das Tier unter dem Hautproblem? _____

Welche Veränderungen haben Sie am Anfang der Hauterkrankung beobachtet?

Rötung Pickel Schuppen Juckreiz Haarverlust Sonstiges _____

Welche Körperregionen waren am Anfang der Hauterkrankung und zwischenzeitlich betroffen?

<input type="checkbox"/> Augenumgebung	<input type="checkbox"/> Ohren	<input type="checkbox"/> Gehörgänge (Ohrentzündung)	<input type="checkbox"/> Gesicht
<input type="checkbox"/> Fang / Schnauze	<input type="checkbox"/> Pfoten	<input type="checkbox"/> Beine	<input type="checkbox"/> Rücken
<input type="checkbox"/> Bauch	<input type="checkbox"/> Flanken	<input type="checkbox"/> Hinterteil	<input type="checkbox"/> Sonstiges

Wie war die Entwicklung?

zunehmend abnehmend langsam schnell
 wechselhaft kontinuierlich

Wurden die Probleme zu einer bestimmten Jahreszeit schlimmer?

ja nein

Wenn ja: Frühling Sommer Herbst Winter

Gegenwärtiges Hautproblem

Welche Veränderungen treten auf?

- Rötung Pickel Schuppen Juckreiz Haarverlust Sonstiges _____

Juckreiz - Stufe 1 (geringgradig) - 10 (hochgradig): _____

Welche Körperregionen sind betroffen?

- Augenumgebung Ohren Gehörgänge (Ohrentzündung) Gesicht
 Fang / Schnauze Pfoten Beine Rücken
 Bauch Flanken Hinterteil Sonstiges

"Familiengeschichte"

Sind Ihnen ähnliche Hautprobleme aus der Familie Ihres Tieres bekannt?

- Kann ich nicht sagen Nein Ja Wenn ja, welche _____

Welche Medikamente hat das Tier bereits erhalten?

Bitte kreuzen Sie die Gruppe an und geben Sie, wenn möglich, Medikament, Dosierung, Dauer der Behandlung, Zeitpunkt der letzten Behandlung und den Erfolg der Behandlung an.

- Floh- und Parasitenbehandlung

Genauere Angaben (s.o.): _____

- Antibiotika

Genauere Angaben (s.o.): _____

- Glukokortikoide (Cortison)

Genauere Angaben (s.o.): _____

- Lokale Behandlungen (Shampoo, Salben, Ohrtupfer)

Genauere Angaben (s.o.): _____

- Sonstige Behandlungen (Antihistaminika, essentielle Fettsäuren, Hormone)

Genauere Angaben (s.o.): _____

Bisherige Diagnostik (wird gemeinsam mit dem Tierarzt ausgefüllt)

