

# Fragebogen für Hautpatienten



TIERARZTPRAXIS  
LÜNNE

Name des Patienten		Name des Besitzers	
Rasse	Alter	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> kastriert Geschlecht	
Seit wann besteht die Symptomatik?			
Welche Haut- oder Fellveränderungen sind Ihnen aufgefallen? <input type="checkbox"/> Haarverlust <input type="checkbox"/> Pusteln <input type="checkbox"/> Hautrötung <input type="checkbox"/> Schuppen <input type="checkbox"/> Wunden <input type="checkbox"/> fettiges Fell <input type="checkbox"/> trockene Haut <input type="checkbox"/> Hautgeruch <input type="checkbox"/> Anderes:			
Welche Körperbereiche sind besonders betroffen? <input type="checkbox"/> Ohren <input type="checkbox"/> Augen <input type="checkbox"/> Nase <input type="checkbox"/> Backenbereich <input type="checkbox"/> Lefzen <input type="checkbox"/> Hals <input type="checkbox"/> Rücken <input type="checkbox"/> Schwanz <input type="checkbox"/> Brust <input type="checkbox"/> Bauch <input type="checkbox"/> Leistenbereich <input type="checkbox"/> Gliedmaßen <input type="checkbox"/> Pfoten <input type="checkbox"/> Aftergegend			
Wo traten die Symptome zuerst auf?			
Leidet Ihr Tier an Juckreiz? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Bitte beachten Sie, dass neben Kratzen auch Reiben und Lecken ein Ausdruck von Juckreiz sein können.			
Wie schlimm würden Sie den Juckreiz auf einer Skala von 1 bis 10 beschreiben? 0 = kein Juckreiz 10 = kratzt und beißt sich permanent, ohne dass Sie ihn davon abbringen können oder wacht nachts sogar auf, um sich zu kratzen 0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10			
Hatte Ihr Tier jemals Ohrentzündungen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja -----> Wie oft?			
Ist das Problem zu manchen Jahreszeiten schlimmer? <input type="checkbox"/> Frühling <input type="checkbox"/> Sommer <input type="checkbox"/> Herbst <input type="checkbox"/> Winter			
Sind die Symptome zu manchen Tageszeiten oder an bestimmten Aufenthaltsorten schlimmer z.B. nach Spaziergang ? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja -----> Wo und Wann?			
Treten gleichzeitig andere Symptome auf? <input type="checkbox"/> Niesen <input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> Tränenfluss <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Erbrechen			
Wie viel Zeit verbringt Ihr Tier täglich etwa im Haus: ___ h Zwinger: ___ h draußen: ___ h			
Ist vor Beginn der Symptomatik in der Umgebung etwas verändert worden z.B. neue Liegefläche, neue Futterschale etc.? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja -----> Was?			

War Ihr Hund schon einmal im Ausland?  nein  ja -----> Wo und Wann?

Haben Sie weitere Haustiere?  nein  ja ----> Welche?

Wenn ja, haben diese ähnliche Symptome?  nein  ja

Haben Sie oder Kontaktpersonen ähnliche Symptome?  nein  ja

Was füttern Sie Ihrem Tier ?

Nassfutter :

Trockenfutter :

BARF :

Anderes z. B. Leckerlies :

Vitamine / Mineralstoffe :

Reagiert Ihr Hund empfindlich auf Futterumstellungen?

Erbrechen  Durchfall  Juckreiz  Anderes:  Nein

Wird eine Vorbeugung gegen Flöhe und Zecken durchgeführt?  nein  ja

Wenn ja, wie oft?

Mit welchem Produkt?

Waren Sie wegen der Hautprobleme schon bei einem anderen Tierarzt?  nein  ja

Ist bereits eine Diagnose gestellt worden?  nein  ja -----> Welche?

Hat Ihr Tier diesbezüglich schon Medikamente bekommen ?

Medikament (auch Shampoos, Salben)	Zeitpunkt/ Dauer	Erfolg ?	ja	nein

Allgemeinzustand:

Allgemeinbefinden	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> reduziert	
Kondition	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> reduziert	
Appetit	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> reduziert	<input type="checkbox"/> erhöht
Gewicht	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> reduziert	<input type="checkbox"/> erhöht
Trinkwassermenge	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> reduziert	<input type="checkbox"/> erhöht
Harnabsatz	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> erhöht	
Kotabsatzfrequenz	<input type="checkbox"/> 1-3 mal pro Tag	<input type="checkbox"/> seltener	<input type="checkbox"/> häufiger
Kotqualität	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> breiig oder flüssig	<input type="checkbox"/> fest
Augenausfluss	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	

Wurde Ihre Katze auf folgende Erkrankungen getestet?

FeLV (Leukose)  FIV (Katzenaids)  FIP (Infektiöse Bauchfellentzündung)

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