



Erkennungsbogen zur Anamnese bei dermatologischen Problemen

Um eine möglichst genaue Diagnose der Hautprobleme Ihres Tieres zu stellen, benötige ich einige wichtige Informationen von Ihnen.

Tiername: _____ **Besitzernamen:** _____
Rasse: _____ **Alter:** _____ **Geschlecht:** _____
Hauptproblem: _____

Falls Juckreiz vorhanden ist, wo manifestiert er sich?

- Gesicht Pfote Achselhöhlen Schwanz Rücken Überall
 andauernd sporadisch

Welche der nachfolgenden Symptome treten auf?

- wunde Stellen Krusten Schuppen Haarausfall Geruch Quaddeln
 Ohrentzündungen Gewichtsabnahme Gewichtszunahme Riesenhunger
 Erbrechen Durchfall trinkt mehr als üblich

Andere Anzeichen?

- Niesen Husten Keuchen Augenausfluss Schwitzen

In welchem Alter begann das Problem? _____

Zu welcher Zeit tritt das Problem vermehrt auf?

- Frühling Sommer Herbst Winter Ganzjährig

Verschlimmert sich das Problem? Ja Nein

Was verschlimmert die Symptome? _____

Was verbessert die Symptome? _____

Hat Ihr Tier andere Erkrankungen und Probleme? _____

Was füttern Sie Ihrem Tier? (Bitte Marke(n) und Sorte(n) angeben):

Dosenfutter:_____ Trockenfutter:_____

Frischfleisch:_____ Leckerchen:_____

Tischreste:_____

Haben Sie jemals eine spezielle Diät gefüttert?

Ja Nein Wenn ja, welche? Und wie lange?:_____

Ist Ihr Tier allergisch gegen Futterinhaltsstoffe oder Medikamente?

Ja Nein Wenn ja, welche?:_____

War Ihr Tier jemals in Südeuropa?

Ja Nein Wenn ja, wo genau?:_____

Haben Sie noch andere Haustiere?

Katzen Hunde Vögel Andere:_____

Hat eines der anderen Haustiere ein Hautproblem?

Ja Nein Wenn ja, welche(s)?:_____

Hat eine Person in Ihrem Haushalt Hautprobleme?

Ja Nein Wenn ja, welche(s)?:_____

Wissen Sie, ob ein anderes Tier dieses Wurfs Hautprobleme hat?

Ja Nein Wenn ja, welche(s)?:_____

Wo schläft Ihr Tier?_____

Was verwenden Sie zur Flohkontrolle?_____

Wie oft wird Ihr Tier gebadet?

Wöchentlich alle 2 Wochen monatlich selten

Baden und shampooen hilft verschlimmert hat keinen Einfluss auf das Problem

Bisher benützte Medikamente:

- Shampoos Spülungen Puder Sprays Cremes Tabletten
 Injektionen Ohrentropfen Augentropfen

Wenn ja, wann das letzte Mal gegeben/ angewendet? _____

Effekt dieser Behandlung? _____

Vielen Dank für Ihre Mithilfe.