

Dermatologischer Vorbericht

Bitte füllen Sie alle Daten möglichst sorgfältig und in Druckbuchstaben aus.



Tierarztpraxis
am Rosensee

Allgemeines

Tiername _____ Tierhalter _____

Alter des Tieres _____ Wie alt war Ihr Tier, als Sie es bekommen haben? _____

War ihr Tier schon einmal im Ausland? Nein Unbekannt Ja, in _____

Nur bei Katzen

Wurden bei Ihrer Katze folgende Virustests durchgeführt? FeLV FIV FIP keine

Mit welchem Ergebnis? _____

Art & Auftreten der Beschwerden

Welche Beschwerden hat Ihr Tier? _____

Wann/In welchem Alter sind die Beschwerden zum ersten 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, saisonal stärker ausgeprägt im Frühjahr Sommer
 Herbst Winter

Kratzt, leckt, beißt oder reibt sich Ihr Tier? Nein Ja, an folgenden Körperstellen (z.B. Lefzen, Ohren, Pfoten, Bauch etc.)? _____ Häufigkeit ständig oft manchmal selten

Zu bestimmten Tageszeiten? Nein Ja (z.B. morgens, mittags, abends etc.) _____

Hat Ihr Tier schon einmal Ohrprobleme/ -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 ebenfalls betroffen? Nein weiß nicht Ja, folgendermaßen _____

Aufenthaltsdauer Ihres Tieres _____ % 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 _____

Fütterung

Was füttern Sie Ihrem Tier? (bitte auch Leckerlies, Kaustangen etc. aufzählen)

Trockenfutter, Name _____ Nassfutter, Name _____

Frischfleisch Tischreste Anderes _____

Futtermittelzusätze, Name _____

Wurde jemals eine Ausschlussdiät durchgeführt? Nein Ja

Mit welchem Futter? _____ Wie lange? _____ Erfolg? _____

Bisherige Behandlungsmaßnahmen

Ist Ihr Tier bereits behandelt worden? (Injektion, Tabletten, Shampoo, Salben) Nein Ja, folgendermaßen

Medikament	Dosis	Dauer	Erfolg
------------	-------	-------	--------

_____	_____	_____	_____
-------	-------	-------	-------

_____	_____	_____	_____
-------	-------	-------	-------

_____	_____	_____	_____
-------	-------	-------	-------

_____	_____	_____	_____
-------	-------	-------	-------

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 vermehrtes Trinken
vermehrter Urinabsatz

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

Bei unkastrierten Hündinnen:

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

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