

Besitzernamen und Vorname:	
Tiername:	Rasse:
Geburtsdatum:	Geschlecht:
Überwiesen durch: (bitte Name und Adresse Ihres Tierarztes angeben):	
ALLGEMEINES	
Herkunft des Tieres: <input type="checkbox"/> Züchter <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Sonstiges	
Wie alt war Ihr Tier als Sie es bekommen haben?	
Auslandaufenthalt	
War Ihr Tier schon einmal im Ausland? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Falls ja, in welchem Land/Ländern?	
CHARAKTERISIERUNG DES HAUPTPROBLEMS	
Grund der Konsultation/Hauptbeschwerden:	
Wann/In welchem Alter ist das Problem zum ersten Mal aufgetreten?	
Wo begann die Erkrankung (Körperteile)?	
Wie sahen die Veränderungen zu Beginn aus?	
<input type="checkbox"/> Wunde/offene Stellen <input type="checkbox"/> eitrige Pusteln <input type="checkbox"/> Haarausfall <input type="checkbox"/> Rote Hauterhebungen <input type="checkbox"/> Quaddeln/Nesselfieber <input type="checkbox"/> Schuppen <input type="checkbox"/> Andere....	
Hat sich das Problem verändert oder ausgeweitet?	
Hat Ihr Tier schon einmal Ohrprobleme/-entzündungen gehabt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wann?	
JUCKREIZ	
Kratzt, beisst, reibt oder leckt sich Ihr Tier? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Falls ja, wo kratzt/leckt/beisst/reibt sich Ihr Tier am häufigsten?	
<input type="checkbox"/> Kopf <input type="checkbox"/> Ohren <input type="checkbox"/> Achselhöhlen <input type="checkbox"/> Rücken <input type="checkbox"/> Bauch <input type="checkbox"/> Schwanz <input type="checkbox"/> Pfoten <input type="checkbox"/> Generalisiert/überall	
Falls ja, geben Sie auf einer Skala von 1 – 10 die Intensität des Juckreizes an: (dabei ist 1 kein Juckreiz, 10 ununterbrochener Juckreiz)	
Beginn	
<input type="checkbox"/> Zuerst Juckreiz <input type="checkbox"/> Zuerst Hautveränderungen	
In welchem Alter trat das Problem erstmals auf?	

Saisonalität

Ist die Hauterkrankung saisonal? Ja Nein
 Frühling Sommer Herbst Winter

Zu welcher Tageszeit ist der Juckreiz am stärksten ausgeprägt?
 Morgen Mittag Nachts ganztags

HAUSHALT

Haben Sie noch andere Tiere? Ja Nein
Falls ja, welche?
 Katzen Hunde Nager Pferde Vögel Wiederkäuer
Haben andere Tiere/Menschen im selben Haushalt ebenfalls Hautprobleme?
Wenn ja, wie äussern sich diese?

HALTUNG

Wieviel Zeit verbringt Ihr Tier im Haus (in Prozent)?
Wo hält sich das Tier die restliche Zeit auf?
Welche Böden haben Sie im Haus?
Sind auch andere Tiere des Wurfes von einer Hauterkrankung betroffen?

Bei Katzen

Lebt Ihre Katze nur im Haus geht auch nach draußen?
Wurden bei Ihrer Katze je folgende Virustests durchgeführt?
 FeLV FIV FIP
Falls einer der obigen Tests positiv war, bitte diesen hier vermerken

FÜTTERUNG

Welches Futter füttern Sie zurzeit? Trockenfutter Dosen Frischfleisch Tischreste
 Futterzusätze Anderes.....

Spezialdiät

Wurde jemals eine spezielle Ausschlussdiät durchgeführt? Ja Nein
Mit welchem Futter? Für wie lange? Konsequenz?

PROPHYLAXE

Wann ist Ihr Tier zum letzten Mal geimpft worden?
Wann ist Ihr Tier zum letzten Mal entwurmt worden?
Wann sahen Sie zum letzten Mal Flöhe?
Welche Art von Flohbekämpfung/Vorbeuge führen Sie durch?
Präparat(e): Wie oft? Wann zum letzten Mal?

BEHANDLUNG (Shampoos, Lotion, Tabletten, Cremes, Sprays, Ohrtropfen..)

Shampoo: Name ja nein Erfolg?
 Antibiotika: Name ja nein Erfolg?
 Kortikosteroide/Kortison: Name ja nein Erfolg?
 Creme/Salben: Name ja nein Erfolg?
 Fungistatika (gegen Pilze): Name ja nein Erfolg?
 Ohrtropfen Name ja nein Erfolg?
 Andere: Name..... Erfolg?

Welche der oben genannten Medikamente hat Ihrer Meinung nach am besten geholfen?

Welche Medikamente kriegt Ihr Tier zum jetzigen Zeitpunkt?

ALLGEMEINZUSTAND

Allgemeinbefinden normal reduziert
 Kondition normal reduziert
 Appetit normal reduziert erhöht
 Gewichtsverlust ja nein
 Gewichtszunahme ja nein
 Trinkwassermenge normal erhöht
 Harnabsatz normal erhöht
 Kotabsatzfrequenz normal reduziert gesteigert
 Kotqualität normal abnormal

Augenausfluss ja nein
 Läufigkeit normal abnormal
 Letzte Läufigkeit?.....

Andere Erkrankungen/Probleme:

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