



Dermatologischer Vorbericht

Liebe/r Frau/Herr

Ihr hat Probleme im Bereich der Haut – des Ohres.
(Tierart/Name des Tieres)

Bitte füllen Sie diesen Bogen möglichst sorgfältig aus.

Allgemeines

- Wie alt war Ihr Tier, als Sie es bekommen haben?
- War Ihr Tier schon einmal im Ausland? Nein Unbekannt Ja, in

Art und 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, sie sind saisonal stärker ausgeprägt im Frühjahr Sommer
 Herbst Winter
- Kratzt, leckt, beißt oder reibt sich Ihr Tier? Nein Ja An welchen Körperstellen (z. B. an Lefzen, Ohren, Pfoten, Bauch etc.)?
- Wie oft? 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 Ihres Tieres 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

Bei Katzen

- Wurden bei Ihrer Katze je folgende Virustests durchgeführt? FeLV FIV FIP keine
- Mit welchem/n Ergebnis/sen?



Dermatologischer Vorbericht

Fütterung

- Was füttern Sie Ihrem Tier? (bitte auch Leckerlis, Kaustangen etc. aufzählen)
 - Trockenfutter, Name:
 - Dosenfutter, Name:
 - Frischfleisch Tischreste Anderes:
 - Futterzusätze, Name:
- Wurde jemals eine Ausschlussdiät durchgeführt? Nein Ja
 Mit welchem Futter?..... Wie lange?..... Erfolg?

Bisherige Behandlungsmaßnahmen

- Ist Ihr Tier bereits medikamentell (Injektion, Tabletten, Shampoo, Salben) behandelt worden? 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 nicht kastrierten Hündinnen:

- Wird Ihre Hündin regelmäßig läufig? Nein Ja, letzte Läufigkeit:.....

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

.....

