



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?

.....

.....

.....

.....