

Wurde bereits eine strenge (Ausschluss-) Diät durchgeführt? ja nein
Wenn ja: Zusammensetzung? _____
Dauer? _____ Wirkung? _____

Kontakt:

Gibt es andere Tiere im Haushalt? ja nein
Wenn ja: Welche? _____
Hauterkrankungen? _____

Leiden Sie oder andere Haushaltsmitglieder an Hautproblemen (Juckreiz, Rötung)?
 Ja Nein
Wenn ja, beschreiben Sie diese bitte: _____

Impfung

Wann zuletzt? _____ Womit? _____

Entwurmung

Wann zuletzt? _____ Womit? _____

Auslandsaufenthalt

Ja Nein Wenn ja, wo? _____

Allgemeiner Gesundheitszustand (gegenwärtig und in der Vergangenheit)

Änderung des Appetits? nein ja _____
Änderung im Trinkverhalten? nein ja _____
Gewichtsveränderung? nein ja _____

Verdauungsapparat

Erbrechen? nein ja _____
Mehr als 3 x Stuhlgang/Tag nein ja _____
Abnorme Stuhlbeschaffenheit? nein ja _____

Harnapparat

Änderung beim Harnabsatz? nein ja _____
Änderung der Harnbeschaffenheit? nein ja _____

Atemtrakt

Husten? nein ja _____
Niesen? nein ja _____

Kreislauf

Ermüdet das Tier leicht? nein ja _____

Orthopädische Probleme? nein ja _____

Geschlechtsspezifische Fragen

Wurde Ihr Tier kastriert? nein ja Wenn ja, wann _____

Wenn nein:

Unkastrierte Hündin/Katze: Wird eine Läufigkeitsverhütung vorgenommen?

Nein Ja

Wenn ja, wann zuletzt? _____

Wenn nein, Wann war das Tier zuletzt läufig? _____

Gab es hierbei Besonderheiten? _____

Besteht Scheidenausfluss? _____

War das Tier trächtig? _____

Ändert sich das "Hautproblem" im zeitlichen Zusammenhang zur Kastration / Läufigkeit / Trächtigkeit?

Nein ja Wenn ja, wie? _____

Unkastrierter Rüde/Kater: Sind Ihnen Verhaltensänderungen aufgefallen bzw. andere Rüden Interesse an dem Tier?

nein ja

Haben Sie bei Ihrem Tier Flöhe entdeckt? nein ja

Ursprüngliches Hautproblem und Entwicklung

Wann begannen die Beschwerden? _____

Wie alt war das Tier als das Problem begann? _____

Wie lange leidet das Tier unter dem Hautproblem? _____

Welche Veränderungen haben Sie am Anfang der Hauterkrankung beobachtet?

Rötung Pickel Schuppen Juckreiz Haarverlust
 Sonstiges

Welche Körperregionen waren am Anfang der Hauterkrankung und zwischenzeitlich betroffen?

Augenumgebung Ohren Gehörgänge (Ohrentzündung) Gesicht
 Fang / Schnauze Pfoten Beine Rücken Bauch
 Flanken Hinterteil Sonstiges

Wie war die Entwicklung?

zunehmend abnehmend langsam schnell
 wechselhaft kontinuierlich

Wurden die Probleme zu einer bestimmten Jahreszeit schlimmer?

ja nein
Wenn ja: Frühling Sommer Herbst Winter

Gegenwärtiges Hautproblem

Welche Veränderungen treten auf?

Rötung Pickel Schuppen Juckreiz Haarverlust
 Sonstiges

Juckreiz:

Stufe 1 (geringgradig) – 10 (hochgradig): _____

Welche Körperregionen sind betroffen?

- | | | | |
|--|-------------------------------------|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Augenumgebung | <input type="checkbox"/> Ohren | <input type="checkbox"/> Gehörgänge (Ohrentzündung) | <input type="checkbox"/> Gesicht |
| <input type="checkbox"/> Fang / Schnauze | <input type="checkbox"/> Pfoten | <input type="checkbox"/> Beine | <input type="checkbox"/> Rücken |
| <input type="checkbox"/> Flanken | <input type="checkbox"/> Hinterteil | <input type="checkbox"/> Sonstiges | <input type="checkbox"/> Bauch |

”Familiengeschichte”

Sind Ihnen ähnliche Hautprobleme aus der Familie Ihres Tieres bekannt?

- Kann ich nicht sagen Nein Ja Wenn ja, welche
- _____

Welche Medikamente hat das Tier bereits erhalten?

(Bitte kreuzen Sie die Gruppe an und geben Sie, wenn möglich, Medikament, Dosierung, Dauer der Behandlung, Zeitpunkt der letzten Behandlung und den Erfolg der Behandlung an)

- Floh- und Parasitenbehandlung
Genauere Angaben (s.o.): _____
- Antibiotika
Genauere Angaben (s.o.): _____
- Glukokortikoide (Cortison)
Genauere Angaben (s.o.): _____
- Lokale Behandlungen (Shampoo, Salben, Ohrtupfer)
Genauere Angaben (s.o.): _____
- Sonstige Behandlungen (Antihistaminika, essentielle Fettsäuren, Hormone)
Genauere Angaben (s.o.): _____

Bisherige Diagnostik (wird gemeinsam mit dem Tierarzt ausgefüllt)