

Liebe/r Frau/Herr \_\_\_\_\_ Tierart/ Name des Tieres \_\_\_\_\_

Ihr Tier hat Probleme im Bereich der Haut - des Ohres. **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 das erste 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 im:

Frühjahr  Sommer  Herbst  Winter

Kratzt, leckt, beißt oder reibt sich Ihr Tier?  Nein

Ja, an welchen Körperstellen (z.B. an Leffen, 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 Ohrenprobleme/-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 ich nicht

Ja, folgendermaßen \_\_\_\_\_

Die Aufenthaltsdauer Ihres Tieres ist zu \_\_\_\_\_ % 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

Wurde bei Ihrer Katze je folgende Virustests durchgeführt?

FeLV  FIV  FIP  keine  Mit welchem Ergebnis? \_\_\_\_\_

## 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 Wie lange? \_\_\_\_\_ Mit welchem Futter? \_\_\_\_\_

Erfolg? \_\_\_\_\_

Geben Sie Nahrungsergänzungsmittel (zB. Öle, Vitamine, Mineralstoffe)?

Nein  Ja, welche? \_\_\_\_\_

## Bisherige Behandlungsmaßnahmen

Ist Ihr Tier bereits medikamentell (Injektion, Tabletten, Shampoo, Salben) behandelt worden?

Nein  Ja, folgendermaßen \_\_\_\_\_

Medikament: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_ Dauer: \_\_\_\_\_ Erfolg: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Haben Sie Ihr Tier bereits homöopathisch, pflanzlich oder anderweitig naturheilkundlich behandelt?

Nein  Ja, in Zusammenarbeit mit einer/m Tierheilpraktiker/in? \_\_\_\_\_

## 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

vermehrter Urinabsatz  vermehrtes Trinken

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 anderes, was Ihnen wichtig erscheint im Zusammenhang mit der Erkrankung?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_