

Formblatt für die Krankengeschichte von Hautpatienten

Datum: _____

Name: _____ Name des Tieres: _____

Anschrift: _____

Alter des Tieres: _____ Geschlecht: ♂ / ♀ Rasse: _____

1. Wie sieht das Hautproblem Ihres Tieres aus?

- Juckreiz: + ++ +++ ● Haarverlust: diffus lokal
- Hautausschlag: diffus lokal
- Fettige Haut: nein ja ● Hautgeruch: + ++ +++ ● Hautrötung: diffus lokal
- Trockene Haut: nein ja ● Schuppen: diffus lokal
- Andere Probleme: _____

2. In welchem Alter des Tieres haben Sie das Problem das erste Mal festgestellt?

_____ Monat / Jahr

3. Ist das Problem zu manchen Jahreszeiten schlimmer?

nein ja wann? Frühling Sommer Herbst Winter

4. Wie sah das Problem ganz zu Anfang aus?

- Juckreiz + ++ +++ ● Haarverlust diffus lokal wo?: _____
- Andere: _____ ● Hautrötung diffus lokal wo?: _____
- Ausschlag diffus lokal wo?: _____

5. Wo hat das Problem angefangen?

- | | | | | |
|---------------------------------|----------------------------------|--|-------------------------------------|---------------------------------|
| Nase <input type="checkbox"/> | Augen <input type="checkbox"/> | Backenbereich <input type="checkbox"/> | Fang <input type="checkbox"/> | Hals <input type="checkbox"/> |
| Rücken <input type="checkbox"/> | Schwanz <input type="checkbox"/> | Rumpf <input type="checkbox"/> | Gliedmaßen <input type="checkbox"/> | Pfoten <input type="checkbox"/> |
| Brust <input type="checkbox"/> | Bauch <input type="checkbox"/> | Leistengegend <input type="checkbox"/> | Ohren <input type="checkbox"/> | |

6. Hat sich die Hautveränderung von da aus weiter ausgedehnt?

nein ja wohin? _____

7. Wie schnell hat sich die Hautveränderung ausgedehnt?

sehr schnell gleichmäßig
 langsam in Zeitintervallen von wie lange?: _____

8. Kratzt, reibt, leckt oder beißt sich das Tier?

- | | | | | |
|---------------------------------|----------------------------------|--|-------------------------------------|---------------------------------|
| nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> | wo? | | |
| Nase <input type="checkbox"/> | Augen <input type="checkbox"/> | Beckenbereich <input type="checkbox"/> | Fang <input type="checkbox"/> | Hals <input type="checkbox"/> |
| Rücken <input type="checkbox"/> | Schwanz <input type="checkbox"/> | Rumpf <input type="checkbox"/> | Gliedmaßen <input type="checkbox"/> | Pfoten <input type="checkbox"/> |
| Brust <input type="checkbox"/> | Bauch <input type="checkbox"/> | Leistengegend <input type="checkbox"/> | Ohren <input type="checkbox"/> | |

9. Haben Sie noch andere Tiere im Haushalt?

nein ja welche?: _____

10. Hat eines der anderen Tiere Hautprobleme?

nein ja welche?: _____

11. Hat ein Familienmitglied Hautprobleme?

nein ja welche? _____

12. Wieviel % des Tages hält sich Ihr Tier im Hause bzw. außerhalb des Hauses auf?

Im Haus _____ % Außerhalb des Hauses _____ %

13. Auf welchen Unterlagen liegt Ihr Tier meistens?

- | | |
|--|---|
| Betonfußboden <input type="checkbox"/> | Fliesen <input type="checkbox"/> |
| Baumwolldecke <input type="checkbox"/> | Kunststoffteppichboden <input type="checkbox"/> |
| Woldecke <input type="checkbox"/> | Andere: _____ |

14. Sind die Symptome zu manchen Tageszeiten oder an manchen Aufenthaltsorten schlechter?

nein ja wann? morgens wo? im Haus
 abends außerhalb

15. Wurde Ihr Tier kastriert?
nein ja in welchem Alter: _____ Monat/Jahr
16. Bei weiblichen Tieren:
Wann war die letzte Hitze? _____
War die Hitze normal? nein ja welche Probleme gab es?: _____

Bei männlichen Tieren:

Interessiert sich Ihr Tier für weibliche Tiere? nein ja

17. Hat/hatte Ihr Tier Flöhe?
nein ja hatte mal Flöhe wann zuletzt?: _____
18. Haben Sie den Flohbefall behandelt?
nein ja womit?: _____
19. Hat/hatte Ihr Tier andere Parasiten?
nein ja welche? Zecken Milben Würmer Andere: _____
20. Ist Ihr Tier schon einmal außerhalb seiner normalen Umgebung (z. B. Urlaub, Tierpension, Freunde usw.) gewesen?
nein ja wo?: _____ wann?: _____
21. Haben sich die Hautprobleme in der fremden Umgebung verändert?
nein ja wie? gebessert verschlechtert
22. Wie wurde Ihr Tier bislang behandelt?
Oral (Tabletten usw.): _____ Injektionen: _____
Topisch (Shampoos, Cremes, usw.): _____
23. War die Behandlung erfolgreich:
nein ja ein wenig nur zeitweise
24. Was füttern Sie Ihrem Tier?
Dosen: _____ Trockenfutter: _____
Tischabfälle: _____ Anderes: _____
25. Füttern Sie Vitamine, Mineralstoffe oder anderes zu?
nein ja was füttern Sie in welcher Menge zu?: _____

26. Zeigt Ihr Tier eines oder mehrere der folgenden Symptome?
- | | | | |
|--|---|---|-------------------------------------|
| Husten <input type="checkbox"/> | Niesen <input type="checkbox"/> | Nasenausfluß <input type="checkbox"/> | Tränenfluß <input type="checkbox"/> |
| Erbrechen <input type="checkbox"/> | Durchfall <input type="checkbox"/> | Appetitlosigkeit <input type="checkbox"/> | Freßsucht <input type="checkbox"/> |
| Kopfschütteln <input type="checkbox"/> | Zwangsbewegungen <input type="checkbox"/> | | |
27. War Ihr Tier schon mal krank?
nein ja was waren die Probleme?: _____

28. Welchen Gebrauchszweck hat Ihr Tier?
Jagdhund Familien-Hund/Katze
Schutzhund Zuchttier
Sporthund andere: _____
29. Wann hat Ihr Tier die letzte Wurmkur erhalten?
_____ womit?: _____
30. Wann und wogegen wurde Ihr Tier das letzte Mal geimpft?
am: _____ gegen: _____
31. Sonstiges: _____

