Vorbericht
Hauterkrankungen

Name des Tieres: _____ **Name des Besitzers:** _____

Rasse: _____ Alter des Tieres: _____

Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich ☐ kastriert

Worin besteht das Hauptproblem Ihres Tieres?

_____

Wie lange besteht das jetzige Problem schon? _____

Gab es irgendwann schon einmal eine Krankheit der Haut oder der Ohren bei Ihrem Tier?

_____

Wo hat das Problem angefangen?

Kopfbereich: ☐ Ohren ☐ Augen ☐ Nase ☐ Wangen ☐ Lefzen

Rumpf: ☐ Rücken ☐Brust ☐Bauch ☐ Leistengegend

☐ Hals ☐ Gliedmaßen ☐ Pfoten

Hat sich die Hautveränderung von da aus weiter ausgedehnt?

☐ ja ☐ nein

Wie sieht das Hautproblem Ihres Tieres aus?

Juckreiz: ☐ kein Juckreiz ☐ schwach ☐ mittel ☐ schwach

Haarverlust: ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wo _____

Offene Stellen: ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wo _____

Hautrötung: ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wo _____

Schuppen: ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wo _____

Hautgeruch: ☐ kein Geruch ☐ schwach ☐ mittel ☐ schwach

Fettige Haut: ☐ ja ☐ nein

Trockene Haut: ☐ ja ☐ nein

Ist das Hautproblem zu manchen Jahreszeiten schlimmer? ☐ ja ☐ nein

Besteht Juckreiz? Wenn ja -
an welchen Körperteilen reibt, leckt oder beißt sich Ihr Tier?

☐ Ohren ☐ Augen ☐ Nase ☐ Backenbereich ☐ Lefzen ☐ Rücken

☐ Brust ☐ Bauch ☐ Hals ☐ Leistengegend ☐ Pfoten ☐ Gliedmaßen

Rutscht Ihr Hund z.B. auf dem Po? ☐ ja ☐ nein

Sind Ihnen beim aktuellen Problem zuerst ein Juckreiz oder zuerst die Hautveränderungen aufgefallen?

_____

Haltung?

Haben Sie noch andere Tiere im Haushalt? ☐ ja ☐ nein

Welche? _____

Hat eines der anderen Tiere Hautprobleme? ☐ ja ☐ nein

Welche? _____

Hat ein Familienmitglied Hautprobleme? ☐ ja ☐ nein

Welche? _____

Wieviel Zeit verbringt Ihr Tier im Haus? _____

Wo hält sich Ihr Tier die restliche Zeit auf? _____

Welche Böden haben Sie zu Hause, auf denen Ihr Tier liegt?

_____

Wo befindet sich der nächtliche Schlafplatz Ihres Tieres?

_____

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

☐ nein ☐ ja

Wann? ☐ Morgens ☐ Abends

Wo? ☐ Im Haus ☐ Außerhalb ☐ Sonstiges _____

War Ihr Tier schon einmal im Ausland? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wo und wann? _____

Bisherige Parasitenprophylaxe

Führen Sie eine ***kontinuierliche* Flohprophylaxe** durch?

☐ nein

☐ ja, zuletzt am _____

mit _____ (Name des Präparats)

Führen Sie eine ***kontinuierliche* Wurmkur** durch?

☐ nein

☐ ja, zuletzt am _____

Mit _____ (Name des Präparats)

Welches Futtermittel füttern Sie?
(Bitte auch Leckerlis, Kaustangen usw. aufzählen)

Dosen: _____

Trockenfutter: _____

Leckerli: _____

Selbstgekochtes
oder vom Tisch: _____

Anderes / BARF: _____

Füttern Sie Vitamine, Mineralstoffe oder anderes zu? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welches Präparat? _____

Magen-Darm-Trakt

Kotabsatzfrequenz	☐ 1-2x / Tag	☐ seltener	☐ häufiger _____
Kotqualität	☐ normal	☐ breiig	☐ flüssig
Hat Ihr Tier ab und zu Durchfall?	☐ nein	☐ wenn ja, wie häufig _____	
Hat Ihr Tier ab und zu Erbrechen?	☐ nein	☐ wenn ja, wie häufig _____	
Frisst Ihr Tier gern Gras?	☐ nein	☐ wenn ja, wie häufig _____	
Zeigt Ihr Tier Flatulenz (Pupsen)?	☐ nein	☐ wenn ja, wie häufig _____	
Zeigt Ihr Tier Bauchgrummeln?	☐ nein	☐ wenn ja, wie häufig _____	

Allgemeinzustand

Allgemeinbefinden	☐ normal	☐ reduziert	
Kondition	☐ normal	☐ reduziert	
Appetit	☐ normal	☐ reduziert	☐ erhöht
Gewichtsverlust	☐ ja	☐ nein	
Gewichtszunahme	☐ ja	☐ nein	
Trinkwassermenge	☐ normal	☐ erhöht	(> 50ml/kg KGW)
Harnabsatz	☐ normal	☐ erhöht	

Augenausfluss ☐ ja ☐ nein

Hündin: Läufigkeit ☐ regelmäßig ☐ unregelmäßig

Letzte Läufigkeit: _____

Wurde bei Ihrem Tier bereits weitergehende Diagnostik durchgeführt?
(Hautgeschabsel, Bluttests, Intrakutantest, Eliminationsdiät, Biopsien, sonstiges)

_____

Bei Katzen: Wurde bei Ihrer Katze einer der folgenden Tests durchgeführt?

FeIV ☐ negativ ☐ positiv ☐ nicht getestet

FIV ☐ negativ ☐ positiv ☐ nicht getestet

Bisherige Therapie
Wurden bereits **Medikamente** eingesetzt?

☐ Mein Tier wurde bisher gar nicht behandelt.

☐ Mein Tier wurde bisher mit folgenden Medikamenten behandelt:

Antibiotika Name: _____

Erfolg? ☐ ja ☐ nein

Cortison Name: _____

Erfolg? ☐ ja ☐ nein

Salben Name: _____

Erfolg? ☐ ja ☐ nein

Ohrtropfen Name: _____

Erfolg? ☐ ja ☐ nein

Shampoo Name: _____

Erfolg? ☐ ja ☐ nein

Andere Medikamente

Name: _____

Erfolg? ☐ ja ☐ nein

Name: _____

Erfolg? ☐ ja ☐ nein

Welche der oben genannten Medikament haben Ihrer Meinung nach am besten geholfen?

_____

Welche Medikament bekommt Ihr Tier zum jetzigen Zeitpunkt?

_____

Leidet Ihr Tier unter anderen Erkrankungen / Problemen?

_____

_____

_____

Gibt es noch etwas, das Ihnen wichtig erscheint im Zusammenhang mit der bestehenden Hauterkrankung?

_____

_____

_____

_____

_____