



Name des Patienten

Name des Besitzers

Seit wann besteht die Symptomatik? _____

Sind Haut- oder Fellveränderungen aufgefallen? (Beschreibung)

Wo sind sie zuerst aufgetreten?

Haben sie sich in ihrem Aussehen verändert? Wenn ja, wie?

Besteht Juckreiz? (Kratzen, Beißen, Kauen, Lecken, Reiben)

Ja Nein wenig mäßig stark sehr stark

Wenn ja, sind bestimmte Körperteile besonders schlimm betroffen (z.B. Gesicht, Ohren, Pfoten)?

Ist Ihnen zuerst der Juckreiz aufgefallen oder haben Sie zuerst die Hautveränderungen bemerkt?

Hatte Ihr Tier jemals Ohrentzündungen?

Wie viel Zeit verbringt Ihr Tier täglich etwa

im Haus _____ Stunden draußen _____ Stunden

Ist die Problematik das ganze Jahr über gleich stark ausgeprägt?

Gibt es saisonbedingte Verschlimmerungen? Wenn ja, wann?

Treten sonstige Symptome gleichzeitig auf, z.B. eine Atemwegsproblematik (Niesen, Husten, Pfeifen...)
oder Verdauungsprobleme (Durchfall, Erbrechen...)?

Was füttern Sie Ihrem Hund? Wann war die letzte Futterumstellung?



Reagiert Ihr Hund empfindlich auf eine Futterumstellung (Erbrechen, Durchfall)?

Haben Sie noch andere Haustiere? Wenn ja, welche Tierarten?

Sind Kontakttiere (v.a. Hunde) in ähnlicher Weise betroffen?

Ist Ihnen bekannt, ob in der Verwandtschaft des Hundes ähnliche Probleme auftraten?

Haben Kontaktpersonen Hautprobleme?

Ist vor Beginn der Symptomatik eine Veränderung in der Umgebung des Hundes aufgetreten (neue Liegefläche, neue Futterschale etc.)?

Wird eine Vorbeugung gegen Flöhe und Zecken regelmäßig betrieben? Wenn ja, wie oft und mit welchem Präparat?

Waren Sie wegen dieser Symptomatik schon bei einem anderen Tierarzt? Wenn ja, was wurde untersucht?

Welche Vorbehandlung wurde durchgeführt? (Tabletten, Shampoos etc.)

Medikament	Zeitpunkt/Dauer	Erfolg
_____	_____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
_____	_____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
_____	_____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
_____	_____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

War Ihr Tier im Ausland? Wenn ja, wo und wann?

Sonstiges

	Wenig	Normal	Viel
Appetit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wasseraufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kotabsatzfrequenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urinabsatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!