

# Dermatologischer Vorbericht



Bitte füllen Sie diesen Bogen möglichst sorgfältig aus.

Ihr  
(Tierart/Name des Tieres)

hat Probleme im Bereich der Haut— des Ohres.

## 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 zum ersten 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 ausgeprägt im  
Frühjahr      Sommer      Herbst      Winter
- Kratzt, leckt, beißt oder reibt sich Ihr Tier?      Nein      Ja An welchen Körperstellen (z. B. an Lefzen, 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 Ohrprobleme/-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 nicht      Ja, folgendermaßen
  
- Aufenthaltsdauer Ihres Tieres:      % 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

- Wurden bei Ihrer Katze je folgende Virustests durchgeführt? FeLV FIV FIP keine  
Mit welchem/n Ergebnis/sen?

## Fütterung

- Was füttern Sie Ihrem Tier? (bitte auch Leckerlis, Kaustangen etc. aufzählen)

Trockenfutter, Name:

Frischfleisch

Tischreste

Dosenfutter, Name:

Anderes:

Futterzusätze, Name:

- Wurde jemals eine Ausschlussdiät durchgeführt? Nein Ja

Mit welchem Futter?

Wie lange?

Erfolg?

## Bisherige Behandlungsmaßnahmen

- Ist Ihr Tier bereits medikamentell (Injektion, Tabletten, Shampoo, Salben) behandelt worden? Nein Ja, folgendermaßen

Medikament

Dosis

Dauer

Erfolg

## 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

tränenende Augen

Erbrechen

Durchfall/weicher Kot

vermehrtes Trinken

vermehrter Urinabsatz

- 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 was Ihnen wichtig erscheint im Zusammenhang mit der Erkrankung?