



Dermatologischer Vorbericht

Bitte füllen Sie diesen Bogen vor der dermatologischen Erstuntersuchung möglichst sorgfältig aus.

Ihr Tier

BESITZER/IN _____ DATUM _____
TIERART _____ NAME _____
PROBLEME ☐ an der Haut ☐ am Ohr

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 bzw. in welchem Alter sind die Beschwerden zum ersten Mal aufgetreten?

Wo begann die Erkrankung (z. B. Nase, Ohren, Pfoten, Bauch)?

Wie sahen die Veränderungen zu Beginn aus (Rötungen, Quaddeln, eitrige Pusteln, Schuppen, Haarausfall)?

Hat sich das Problem verändert oder ausgeweitet? ☐ nein ☐ ja – wie, wohin, wie schnell?

Sind die Beschwerden ganzjährig? ☐ ja ☐ nein, stärker im: ☐ Frühjahr ☐ Sommer ☐ Herbst ☐ Winter

Kratzt, leckt, beißt oder reibt sich Ihr Tier? ☐ nein ☐ ja – an welchen Körperstellen?

z. B. Lefzen, Ohren, Pfoten, Bauch _____

Wie oft? ☐ ständig ☐ oft ☐ manchmal ☐ selten

Zu bestimmten Tageszeiten? ☐ nein ☐ ja, und zwar: _____

Hatte Ihr Tier schon einmal Ohrprobleme oder Ohrentzündungen? ☐ nein ☐ ja, wann: _____



Dermatologischer Vorbericht

Fortsetzung

Umgebung des Tieres

Haben Sie noch andere Tiere? ☐ nein ☐ ja, und zwar: _____

Haben andere Tiere oder Menschen im selben Haushalt ebenfalls Hautprobleme? ☐ nein ☐ ja: _____

Sind verwandte Tiere Ihres Tieres ebenfalls betroffen? ☐ nein ☐ weiß nicht ☐ ja: _____

Aufenthalt Ihres Tieres: _____ % im Haus _____ % im Freien

Wird Ihr Tier gebadet? ☐ nein ☐ ja – wie oft, womit? _____

Gab es vor Auftreten der Beschwerden eine Veränderung im Umfeld Ihres Tieres? ☐ nein ☐ ja: _____

Nur bei Katzen

Wurden bei Ihrer Katze Virustests gemacht? ☐ FeLV ☐ FIV ☐ FIP ☐ keine Ergebnis: _____

Fütterung

Was füttern Sie Ihrem Tier? Bitte auch Leckerlis, Kaustangen usw. aufzählen.

TROCKENFUTTER _____ DOSENFUTTER _____

☐ Frischfleisch ☐ Tischreste Anderes: _____

FUTTERZUSÄTZE _____

LECKERLIS, KAUARTIKEL _____

Wurde schon einmal eine Ausschlussdiät gemacht? ☐ nein ☐ ja

MIT WELCHEM FUTTER? _____ WIE LANGE? _____ ERFOLG? _____

Bisherige Behandlung

Wurde Ihr Tier schon behandelt (Spritzen, Tabletten, Shampoo, Salben)? ☐ nein ☐ ja, folgendermaßen:

Mittel	Dosis	Dauer	Erfolg
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____



Dermatologischer Vorbericht

Fortsetzung

Vorbeugung

Wird Ihr Tier regelmäßig geimpft? ☐ nein ☐ ja, zuletzt am: _____

Wird Ihr Tier regelmäßig entwurmt? ☐ nein ☐ ja, zuletzt am: _____ mit: _____

Wird Ihr Tier regelmäßig gegen Flöhe behandelt? ☐ nein ☐ ja, zuletzt am: _____ mit: _____

Allgemeinzustand

Hat sich der Appetit in letzter Zeit verändert? ☐ nein ☐ ja, mehr Appetit ☐ ja, weniger Appetit

Hat sich das Gewicht in letzter Zeit verändert? ☐ nein ☐ ja, und zwar: _____

Zeigt Ihr Tier häufiger eines dieser Symptome?

- ☐ Husten ☐ Niesen ☐ tränende Augen ☐ Erbrechen ☐ Durchfall / weicher Kot ☐ vermehrtes Trinken
☐ vermehrter Urinabsatz

Leidet Ihr Tier an anderen Krankheiten? ☐ nein ☐ ja, und zwar an: _____

Nicht kastrierte Hündin: regelmäßig läufig? ☐ nein ☐ ja, zuletzt: _____

Was ist Ihnen noch wichtig?

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