

# Fragebogen für Patienten der Hautsprechstunde

Name: \_\_\_\_\_ Tierart: \_\_\_\_\_ Rasse: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_

## Allgemeine Fragen zur Lebensweise des Tieres

### Herkunft des Tieres

Züchter  Händler  Tierheim  Deutschland  Ausland Woher?: \_\_\_\_\_

Wie alt war das Tier, als Sie es bekommen haben? \_\_\_\_\_

Welche Aufgaben nimmt Ihr Tier (Hund) wahr?

Haushund  Jagdhund  Schutzhund  Hofhund  Hütehund  Sonstiges: \_\_\_\_\_

**In welcher Umgebung lebt das Tier?**  Ländlich  Stadt

Wo hält sich Ihr Tier hauptsächlich auf?

Haus  Zwinger  Hof  Sonstiges: \_\_\_\_\_

In welchem Raum schläft/liegt das Tier? \_\_\_\_\_

Auf welchem Lager schläft/liegt das Tier? \_\_\_\_\_

Bekommt das Tier Auslauf und wohin (Straße, Park, Wald)? \_\_\_\_\_

Erfolgt Änderungen in der Umgebung (Gegend, Haus, Fußboden)? \_\_\_\_\_

War das mit einer Veränderung bei der Hauterkrankung verbunden? \_\_\_\_\_

### Welches Futter bekommt Ihr Tier?

Dosenfutter  Trockenfutter  Selbstgekocht  Sonstiges: \_\_\_\_\_

Genauere Angaben (z. B. Produktbezeichnung): \_\_\_\_\_

Bekommt das Tier zusätzlich Leckereien oder Zusatzprodukte (Vitamine, Mineralien)?  Nein  Ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Wurde bereits eine strenge (Ausschluss-)Diät durchgeführt?  Nein  Ja

Wenn ja: Zusammensetzung? \_\_\_\_\_

Für wie lange? \_\_\_\_\_ Gab es eine Besserung? \_\_\_\_\_

**Gibt es andere Tiere im Haushalt?**  Nein  Ja

Wenn ja: welche? \_\_\_\_\_

Haben diese ebenfalls Hauterkrankungen?  Nein  Ja

**Leiden Sie oder andere Haushaltsmitglieder an Hautproblemen (Juckreiz, Rötung)?**  Nein  Ja

Wenn ja, beschreiben Sie diese bitte: \_\_\_\_\_

**Wann wurde das Tier zuletzt geimpft?** \_\_\_\_\_

**Wann wurde das Tier zuletzt entwurmt?** \_\_\_\_\_

**War das Tier jemals im Ausland?**  Nein  Ja Wenn ja: Wo? \_\_\_\_\_

## Allgemeiner Gesundheitsstatus (Wenn ja angekreuzt: Bitte genauer beschreiben)

Änderung des Appetits?  Nein  Ja \_\_\_\_\_

Änderung im Trinkverhalten  Nein  Ja \_\_\_\_\_

Gewichtsveränderung?  Nein  Ja \_\_\_\_\_

Erbrechen?  Nein  Ja \_\_\_\_\_

Durchfall?  Nein  Ja \_\_\_\_\_

Änderung beim Harnabsatz?  Nein  Ja \_\_\_\_\_

Änderung der Harnbeschaffenheit?  Nein  Ja \_\_\_\_\_

Husten?  Nein  Ja \_\_\_\_\_

Niesen?  Nein  Ja \_\_\_\_\_

Ermüdet das Tier leicht?  Nein  Ja \_\_\_\_\_

Bestehen Lahmheiten?  Nein  Ja \_\_\_\_\_

Zeigt das Tier Krämpfe/Anfälle?  Nein  Ja \_\_\_\_\_

### Ursprüngliches „Hautproblem“

Wann begannen die Beschwerden? \_\_\_\_\_

Wie alt war Ihr Tier, als das Problem begann? \_\_\_\_\_

Welche Körperbereiche waren zuerst betroffen?

Augenumgebung  Ohren  Gesicht, Schnauze  Pfoten  Beine

Rücken  Bauch  Flanken  Schwanzbereich  Sonstiges: \_\_\_\_\_

Welchen Veränderungen haben Sie zuerst beobachtet?

Rötung  Pickel  Schuppen  Haarverlust  Sonstiges: \_\_\_\_\_

Wenn bei Ihrem Tier Haarverlust und Juckreiz besteht: Wann trat der Haarverlust auf?

zuerst  nach dem Juckreiz

Besteht Juckreiz? (u.a. Kratzen, Beißen, Lecken, Kauen, Reiben)?  Nein  Ja

Wenn ja: Wo?  um die Augen  Ohren  Gesicht, Schnauze  Pfoten  Beine

Rücken  Bauch  Flanken  Schwanzbereich  Sonstiges: \_\_\_\_\_

Welche Ausprägung hat der Juckreiz (1 = wenig bis 5 = ständig):  1  2  3  4  5

Wie war die Entwicklung?

Zunehmend  Abnehmend  Langsam  Schnell  Wechselhaft  Gleichbleibend

Wird das Problem zu einer bestimmten Jahreszeit schlimmer?

Nein  Ja Wenn ja: zu welcher?  Frühjahr  Sommer  Herbst  Winter

Wird das Problem in anderer Umgebung (z.B. Tierpension, Urlaub) besser/schlechter?

Nein  Ja Wenn ja: bitte näher ausführen: \_\_\_\_\_

### „Familiengeschichte“

**Sind Ihnen ähnliche Hautprobleme aus der Familie Ihres Tieres bekannt?**

Kann ich nicht sagen  Nein  Ja Wenn ja: Welche? \_\_\_\_\_

### Welche Medikamente hat Ihr Tier bereits erhalten?

(Bitte kreuzen Sie die Gruppe an und geben Sie, wenn möglich, Medikament, Dauer der Behandlung, Zeitpunkt der letzten Behandlung und den Erfolg der Behandlung an)

Floh- oder Parasitenbehandlung

Genauere Angaben ( s. o. ): \_\_\_\_\_

Antibiotika

Genauere Angaben ( s. o. ): \_\_\_\_\_

Cortison ( z.B. Prednisolon, Dexamethason)  Einzel  Gemeinsam mit Antibiotika

Genauere Angaben ( s. o. ): \_\_\_\_\_

Lokale Behandlung ( Shampoo, Salben, Ohrentropfen)

Genauere Angaben ( s. o. ): \_\_\_\_\_

Sonstige Behandlungen ( Antiallergika, essentielle Fettsäuren, Hormone, Mittel gegen Pilze)

Genauere Angaben ( s. o. ): \_\_\_\_\_