Dermatologischer Vorbericht

Name:

Tierart/Rasse:

Alter:

Geschlecht: männlich ☐ männlich kastriert ☐ weiblich ☐ weiblich kastriert ☐

Vorerkrankungen: _____

Auslandsaufenthalte: _____

Umgebung des Tieres:
Haben Sie weitere Tiere im Haushalt? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, welche? _____
Freigang bei Katzen: Ja ☐ Nein ☐

Haben weitere Menschen/Tiere im Haushalt Hautprobleme? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, welche? _____
Sind verwandte Tiere Ihres Tieres ebenfalls betroffen? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, welche Erkrankung liegt vor? _____
Gab es kurz vor auftreten der Symptome Veränderungen im Umfeld des Tieres? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, welche? _____
Wird Ihr Tier regelmäßig gebadet? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, wie oft und womit? _____

Wird Ihr Tier regelmäßig geimpft? Ja ☐ Nein ☐ Wann zuletzt? _____

Wird Ihr Tier regelmäßig entwurmt? Ja ☐ Nein ☐ Wann zuletzt? _____

Wird Ihr Tier gegen Ektoparasiten behandelt? Ja ☐ Nein ☐ Wann zuletzt? _____

Fütterung:
Was füttern Sie? (Trocken-/Nassfutter, Barf, etc.) _____

Von Welcher Marke ist Ihr Futter? _____

Welche Fleischsorten? _____

Welche Leckerlis und Kauartikel bekommt Ihr Tier? _____

Bekommt Ihr Tier Futterzusätze? _____

Bekommt Ihr Tier Reste vom Tisch? _____

Sonstiges? _____

Art und Auftreten der Beschwerden:
Welche Beschwerden hat Ihr Tier? _____

Wann sind die Beschwerden zum ersten Mal aufgetreten? _____

Sind die Beschwerden ganzjährig? Ja ☐ Nein ☐
Wenn nein, wann? Frühjahr ☐ Sommer ☐ Herbst ☐ Winter ☐

Wie sahen die Beschwerden zu Beginn aus (Rötungen, Quaddeln, Pusteln, Schuppen, Fellverlust)?

_____

Wo haben die Beschwerden angefangen (z.B. Nase, Ohren, Pfoten, Bauch, etc.)? _____

_____

Haben sich die Beschwerden seitdem verändert, wenn ja in wie fern? _____

_____

Wie äußern sich die Beschwerden (Kratzen, Beißen, Lecken, Kopfschütteln, etc.)? _____

_____

An welchen Körperstellen? _____

Bisherige Behandlungsmaßnahmen:
Ist Ihr Tier bereits behandelt worden (Injektion, Tabletten, Salben, Shampoo, etc.)? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, mit welchem Medikament? _____
Name: Dosis: Dauer: Erfolg:

_____

_____

_____

_____

Sonstiges:

_____

_____

_____

_____

_____

_____