



Gemeinschaftspraxis
Kerstin Wittig
Susanne Kramer
prakt. Tierärztinnen
Elisabeth-Selbert-Str. 30

47445 Moers

Tierärztliche Gemeinschaftspraxis
Wittig & Kramer, Elisabeth-Selbert-Str. 30, 47445 Moers

☎ 02841-94543
FAX 02841-94542

Formblatt für die Krankengeschichte von Hautpatienten

Datum:

Name:

Name des Tieres:

Anschrift:

Alter des Tieres:

Geschlecht:

Rasse:

1. Wie sieht das Hautproblem Ihres Tieres aus?

- Juckreiz: +/++/+++ ● Haarverlust: diffus lokal ● Hautausschlag: diffus lokal
- Fettige Haut: nein ja ● Hautgeruch: +/++/+++ ● Hautrötung: diffus lokal
- Trockene Haut: nein ja ● Schuppen: diffus lokal
- Andere Probleme:

2. In welchem Alter des Tieres haben Sie das Problem das erste Mal festgestellt?

3. Ist das Problem zu manchen Jahreszeiten schlimmer?

wann? Frühling Sommer Herbst Winter

4. Wie sah das Problem ganz zu Anfang aus?

- Juckreiz: +/++/+++ ● Haarverlust: diffus lokal , wo:
- Andere: ● Hautausschlag: diffus lokal , wo:
- Hautrötung: diffus lokal , wo:

5. Wo hat das Problem angefangen?

Nase	<input type="checkbox"/>	Augen	<input type="checkbox"/>	Backenbereich	<input type="checkbox"/>	Fang	<input type="checkbox"/>	Hals	<input type="checkbox"/>
Rücken	<input type="checkbox"/>	Schwanz	<input type="checkbox"/>	Rumpf	<input type="checkbox"/>	Gliedmaßen	<input type="checkbox"/>	Pfoten	<input type="checkbox"/>
Brust	<input type="checkbox"/>	Bauch	<input type="checkbox"/>	Leistengegend	<input type="checkbox"/>	Ohren	<input type="checkbox"/>		

6. Hat sich die Hautveränderung von da aus weiter ausgedehnt?

nein ja wohin:

7. Wie schnell hat sich die Hautveränderung von da aus weiter ausgedehnt?

sehr schnell gleichmäßig
langsam in Zeitintervallen von wielange:

8. Kratzt, reibt, leckt oder beißt sich das Tier?

nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>						
Nase	<input type="checkbox"/>	Augen	<input type="checkbox"/>	Backenbereich	<input type="checkbox"/>	Fang	<input type="checkbox"/>	Hals	<input type="checkbox"/>
Rücken	<input type="checkbox"/>	Schwanz	<input type="checkbox"/>	Rumpf	<input type="checkbox"/>	Gliedmaßen	<input type="checkbox"/>	Pfoten	<input type="checkbox"/>
Brust	<input type="checkbox"/>	Bauch	<input type="checkbox"/>	Leistengegend	<input type="checkbox"/>	Ohren	<input type="checkbox"/>		

9. Haben Sie noch andere Tiere im Haushalt?

nein ja welche:



Gemeinschaftspraxis
Kerstin Wittig
Susanne Kramer
prakt. Tierärztinnen
Elisabeth-Selbert-Str. 30

47445 Moers

Tierärztliche Gemeinschaftspraxis
Wittig & Kramer, Elisabeth-Selbert-Str. 30, 47445 Moers

☎ 02841-94543
FAX 02841-94542

10. Hat eines der anderen Tiere Hautprobleme?

nein ja welche:

11. Hat ein Familienmitglied Hautprobleme?

nein ja welche:

12. Wieviel % des Tages hält sich Ihr Tier im Hause bzw. außerhalb des Hauses auf?

im Haus ___% außerhalb des Hauses ___%

13. Auf welcher Unterlage liegt Ihr Tier meistens?

Betonfußboden Fliesen Woldecke
Baumwoldecke Kunststoffteppichboden Andere:

14. Sind die Symptome zu manchen Tageszeiten oder an manchen Aufenthaltsorten schlechter?

nein ja wann? morgens wo? im Haus
abends außerhalb

15. Wurde Ihr Tier kastriert?

nein ja in welchem Alter:

16. Bei **weiblichen** Tieren:

Wann war die letzte Hitze?

War die Hitze normal? nein ja welche Probleme gab es:

Bei **männlichen** Tieren:

Interessiert sich Ihr Tier für weibliche Tiere? nein ja

17. Hat / hatte Ihr Tier Flöhe?

nein ja hatte mal Flöhe wann zuletzt:

18. Haben Sie den Flohbefall behandelt?

nein ja womit:

19. Hat / hatte Ihr Tier andere Parasiten?

nein ja welche? Zecken Milben Würmer Andere:

20. Ist Ihr Tier schon einmal außerhalb seiner normalen Umgebung (Urlaub/Pension/Freunde/...) gewesen?

nein ja wo: _____ wann: _____

21. Haben sich die Hautprobleme in der fremden Umgebung verändert?

nein ja wie: gebessert verschlechtert



22. Wie wurde Ihr Tier bislang behandelt?

Oral (Tabletten usw.):

Injektionen:

Topisch (Shampoo, Creme, usw.):

23. War die Behandlung erfolgreich

nein ja ein wenig nur zeitweise

24. Was füttern Sie Ihrem Tier?

Dosen:

Tischabfälle:

Trockenfutter:

Anderes:

25. Füttern Sie Vitamine / Mineralstoffe oder anderes zu?

nein ja was füttern Sie in welcher Menge zu:

26. Zeigt Ihr Tier eines oder mehrere der folgenden Symptome?

Husten	<input type="checkbox"/>	Niesen	<input type="checkbox"/>	Nasenausfluß	<input type="checkbox"/>	Tränenfluß	<input type="checkbox"/>
Erbrechen	<input type="checkbox"/>	Durchfall	<input type="checkbox"/>	Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/>	Freßsucht	<input type="checkbox"/>
Kopfschütteln	<input type="checkbox"/>	Zwangsbewegungen	<input type="checkbox"/>				

27. War Ihr Tier schon einmal krank?

nein ja was waren die Probleme:

28. Welchen Gebrauchszweck hat Ihr Tier?

Jagdhund	<input type="checkbox"/>	Familien-Hund/Katze	<input type="checkbox"/>
Schutzhund	<input type="checkbox"/>	Zuchttier	<input type="checkbox"/>
Sporhund	<input type="checkbox"/>	andere:	

29. Wann hat Ihr Tier die letzte Wurmkur erhalten?

am:

womit:

30. Wann und wogegen wurde Ihr Tier das letzte Mal geimpft?

am:

wogegen:

31. Sonstiges: