



# Dermatologischer Vorbericht

Liebe/r Frau/Herr .....  
Ihr ..... hat Probleme im Bereich der Haut – des Ohres.  
(Tierart/Name des Tieres)

Bitte füllen Sie diesen Bogen möglichst sorgfältig aus.

## 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? .....



# Dermatologischer Vorbericht

## Fütterung

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

- Trockenfutter, Name: .....  Dosenfutter, Name: .....
- Frischfleisch  Tischreste  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  tränende 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?

.....

.....

.....

.....