



# Kleintierpraxis am Concordienplatz

## Anamnesebogen Dermatologie

### Angaben zum Patientenbesitzer

Vor- und Nachname:

### Angaben zum Tier

Name, Geburtsdatum:

Tierart:

Rasse:

Geschlecht:

männlich

weiblich

Das Tier ist kastriert:

ja

nein

Tier in Besitz seit:

### Aktueller Vorstellungsgrund

Aktuelle Beschwerden:

In welchem Alter sind die Beschwerden das erste Mal aufgetreten?

### Symptome

Was ist Ihnen zu Beginn der Beschwerden zuerst aufgefallen?

Juckreiz (ohne Hautveränderung)

Haarverlust

Rötung

Pickel

Krusten

Schuppen

Ausschlag

Sonstiges:

Wo haben die Beschwerden angefangen?

Ohren

Augen

Nase

Schnauze

Pfoten

Hals

Brust

Bauch

Rücken

Schwanz

Achsel

Leiste

Gliedmaße

Innenschenkel

Genitalbereich

Leckt, knabbert, kratzt oder reibt Ihr Tier folgende Körperregionen?

- |                                    |  |   |                                   |
|------------------------------------|--|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ohren     | <input type="checkbox"/> Augen         | <input type="checkbox"/> Nase           | <input type="checkbox"/> Schnauze |
| <input type="checkbox"/> Pfoten    | <input type="checkbox"/> Hals          | <input type="checkbox"/> Brust          | <input type="checkbox"/> Bauch    |
| <input type="checkbox"/> Rücken    | <input type="checkbox"/> Schwanz       | <input type="checkbox"/> Achsel         | <input type="checkbox"/> Leiste   |
| <input type="checkbox"/> Gliedmaße | <input type="checkbox"/> Innenschenkel | <input type="checkbox"/> Genitalbereich |                                   |

Haben sich die Symptome verschlimmert? Wenn ja, wie?

In welcher Jahreszeit sind die Symptome schlimmer?

- |                                   |                                 |                                 |                                 |
|-----------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Frühling | <input type="checkbox"/> Sommer | <input type="checkbox"/> Herbst | <input type="checkbox"/> Winter |
|-----------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|

In welcher Tageszeit sind die Symptome schlimmer?

- |                                  |                                   |                                 |                                 |
|----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> morgens | <input type="checkbox"/> tagsüber | <input type="checkbox"/> abends | <input type="checkbox"/> nachts |
|----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|

Wo sind Symptome schlimmer?

- |                                  |                                  |                                    |                                       |
|----------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> im Haus | <input type="checkbox"/> draußen | <input type="checkbox"/> im Urlaub | <input type="checkbox"/> immer gleich |
|----------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|

Juckreiz-Skala: Wo würden Sie Ihr Tier einordnen?

Skala 1(unauffällig, kein Juckreiz) -10 (extrem schwerer Juckreiz)

### Allgemeiner Gesundheitszustand

Wie würden Sie den Allgemeinzustand Ihres Tieres beschreiben?

- |                           |                                   |                                |
|---------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="radio"/> gut | <input type="radio"/> mittelmäßig | <input type="radio"/> schlecht |
|---------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|

Zeigt Ihr Tier folgende Symptome?

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Niesen                   | <input type="checkbox"/> Augenausfluss         | <input type="checkbox"/> Husten         |
| <input type="checkbox"/> vermehrte Wasseraufnahme | <input type="checkbox"/> vermehrter Urinabsatz | <input type="checkbox"/> Appetitverlust |
| <input type="checkbox"/> Erbrechen                | <input type="checkbox"/> Durchfall             | <input type="checkbox"/> Lahmheit       |

Sonstige:

Leidet ihr Tier an anderen Krankheiten?  ja  nein

Wenn ja, woran?

Bei nicht kastrierten Hündinnen: Wird Ihre Hündin regelmäßig läufig?  ja  nein

Letzte Läufigkeit war wann?

Sind bei Wurfgeschwistern gesundheitliche Probleme bekannt?

- |                          |                            |
|--------------------------|----------------------------|
| <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
|--------------------------|----------------------------|

Wenn ja, welche?

## Haltung

Gibt es noch andere Tiere im Haushalt?  ja  nein

Wenn ja, welche?

Haben noch andere Tiere im Haus Hautprobleme?  ja  nein

Wenn ja, welche?

Haben Kontaktpersonen Hautprobleme?  ja  nein

Wenn ja, welche?

Wie viel Prozent verbringt ihr Tier: im Haus  % im Freien  %

Gab es Auslandsaufenthalte?  ja  nein

Wenn ja, wann und wo?

Führen Sie regelmäßig eine Flohbehandlung bei Ihrem Tier durch?  ja  nein

Wenn ja, womit und wie oft?

Hatte Ihr Tier schon einmal Flöhe?  ja  nein

Wir Ihr Tier regelmäßig (mit Shampoo) gebadet?  ja  nein

Wenn ja, womit und wie oft?

## Fütterung

Was füttern Sie Ihrem Tier?

Trockenfutter, welches?

Nassfutter, welches?

Vom Tisch/  
Selbstgekochtes:

Leckerli, welche?

Vitaminpräparate, etc.

Wurde jemals eine Ausschlussdiät durchgeführt?  ja  nein

Mit welchem Futter?

Wie lange?

Mit welchem Erfolg?

Wie oft setzt Ihr Tier am Tag Kot ab?

1x

2x

3x

4x

> 4x

### Bisherige Behandlung

Welche Medikamente wurden bisher wegen der Hautprobleme verabreicht?

es wurden bisher keine Medikamente verabreicht

Art	Produktname	Wie oft / wieviel?	Besserung
Kortison	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Ciclosporin (Atopica)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Apoquel	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Cytopoint	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Antihistaminika	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Antibiotika	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Schampoo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Ohrentropfen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Salben/Sprays	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Desensibilisierung	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Futterzusätze	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Sonstige	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Bekommt Ihr Tier aufgrund anderer Krankheiten irgendwelche Medikamente?

Wenn ja, welche?

Welche Untersuchungen wurden bereits durchgeführt?

Weitere Informationen für uns:

**// Allgemeine Hinweise zum Datenschutz, DSGVO etc. / Einverständniserklärung**  
**// TODO sollte ggf. durch einen Juristen formuliert werden**