



Anamnesebogen Dermatologie

Besitzer Name, Vorname: _____	Patient Name: _____ Geschlecht: _____ Alter: _____
Allgemeines	
<ul style="list-style-type: none"> • Wie alt war Ihr Tier als Sie es bekommen haben? _____ Jahre/Monate • Sind Wurfgeschwister ebenfalls bekannte Hautpatienten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein 	
Auslandsaufenthalt	
<ul style="list-style-type: none"> • War Ihr Tier schon einmal im Ausland? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein • Falls ja, in welchem Land/Ländern? _____ _____ _____ 	
Charakterisierung des Hauptproblems	
<ul style="list-style-type: none"> • Grund der Konsultation/Hauptbeschwerden: _____ _____ _____ • Wann/In welchem Alter ist das Problem zum ersten Mal aufgetreten? _____ • Wo begann die Erkrankung (Körperteile)? _____ _____ • Wie sahen die Veränderungen zu Beginn aus? <input type="checkbox"/> Wunde/offene Stellen <input type="checkbox"/> eitrig Pusteln <input type="checkbox"/> Haarausfall <input type="checkbox"/> rote Hauterhebungen <input type="checkbox"/> Quaddeln <input type="checkbox"/> Nesselfieber <input type="checkbox"/> Andere: _____ _____ _____ • Hat sich das Problem verändert oder ausgeweitet? _____ _____ _____ _____ 	



Anamnesebogen Dermatologie

Saisonalität

- Bricht die Hauterkrankung zu bestimmten Jahreszeiten stärker aus?
 - Nein
 - Frühling
 - Sommer
 - Herbst
 - Winter

- Zu welcher Tageszeit ist der Juckreiz am stärksten ausgeprägt?
 - Morgens
 - Mittags
 - Abends
 - Nachts

Haushalt

- Haben Sie noch andere Tiere?
 - Ja
 - Nein

- Falls ja, welche?
 - Katzen
 - Hunde
 - Nager
 - Pferde
 - Vögel
 - Wiederkäuer

Haltung

- Ihr Tier lebt überwiegend in _____
z.B. Wohnung, Zwinger, Stall, ...

Bei Katzen

- Ihre Katze
 - lebt nur im Haus
 - geht auch nach draußen

- Wurden bei Ihrer Katze je folgende Virustests durchgeführt?

	Test	positiv
<input type="checkbox"/>	FeLV	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	FIV	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	FIP	<input type="checkbox"/>

Fütterung

- Welches Futter füttern Sie zurzeit?

Eliminationsdiät

- Wurde jemals eine spezielle Eliminationsdiät durchgeführt?
 - Ja
 - Nein

- Falls ja, mit welchem Futter?



Anamnesebogen Dermatologie

- Für wie lange? _____
- Erfolg? _____

Prophylaxe

- Wann ist Ihr Tier zum letzten Mal **geimpft** worden? _____
- Wann ist Ihr Tier zum letzten Mal **entwurm** worden? _____
- Wann sahen Sie zum letzten Mal **Flöhe**? _____
- Welche Art von Flohbekämpfung führen Sie durch?

Präparat	Wie oft?	Wann zum letzten Mal?

Vorbehandlungen

Welche Medikamente (Shampoos, Salben, Ohrentropfen, Tabletten, Spritzen beim Haustierarzt) hat Ihr Tier zur Behandlung seiner Hauterkrankung bisher erhalten?

Medikament	Datum u. Dauer	Wirkung		
		keine	mittelmäßig	sehr gut
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Anamnesebogen Dermatologie

Allgemeinzustand

Allgemeinbefinden	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> reduziert	
Kondition	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> reduziert	
Appetit	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> reduziert	<input type="checkbox"/> erhöht
Gewichtsverlust	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Gewichtzunahme	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Trinkwassermenge	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> erhöht	
Harnabsatz	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> erhöht	
Kotabsatzfrequenz	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> reduziert	<input type="checkbox"/> gesteigert
Kotqualität	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> abnormal	Wie? _____
Augenausfluss	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Läufigkeit	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> abnormal	Letzte Läufigkeit:

Andere Erkrankungen/Probleme:

Was erscheint Ihnen im Zusammenhang mit der Erkrankung wichtig?