KLEINTIER**KLINIK**

**A M W A L L E R S E E · B R A U N S C H W E I G**

|  |  |
| --- | --- |
| **Haut Vorberichtsbogen** | Datum: |
|  |  |

**Besitzer:**

Name:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Straße:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Plz.: \_\_\_\_\_\_\_\_ Ort:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TelefonNr.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Patient:**

Name:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rasse:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geburtsdatum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Geschlecht: m o w o kastriert o

Wurde ihr Tier überwiesen? nein o ja o von wem?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ist eine Rücküberweisung erwünscht? nein o ja o

In welchen Alter haben sie ihr Tier bekommen? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

War ihr Tier schon einmal im Ausland? nein o ja o

Wann wurde die letzte Impfung durchgeführt? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wann ist ihr Tier das letzte Mal entwurmt worden? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wird ihre Hündin regelmäßig läufig? nein o ja o

Vorstellungsgrund:

Kratzt, beißt oder leckt sich ihr Tier? nein o ja o wo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Leckt ihr Tier an den Pfoten? nein o ja o

Seit wann besteht die Problematik? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

War die Erkrankung seitdem einmal vollkommen verschwunden und ihr Tier beschwerdefrei? nein o ja o

Tritt die Hauterkrankung zu gewissen Jahreszeiten auf? nein o ja o

wann? Frühjahr o Sommer o Herbst o Wintero

Hatte ihr Tier früher schon einmal Probleme mit Haut oder/und Haaren? nein o ja o wann?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hatte ihr Tier schon einmal Probleme mit den Ohren? nein o ja o Wann?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hat ihr Tier noch andere Erkrankungen? nein o ja o welche?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Haben sie an sich und/oder anderen Menschen im Haushalt Hautveränderungen festgestellt? nein o ja o

Wird bei ihrem Tier eine Flohprophylaxe durchgefüht? nein o ja o

welches Mittel?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Katzen:**

Lebt ihre Katze nur im Haus oder geht sie auch nach draußen? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wurde bei ihrer Katze schon einmal ein Virustest durchgeführt? nein o ja o

Welche Untersuchungen wurden bisher durchgeführt?

Hautgeschabsel nein o ja o

Zytologie nein o ja o

Haarunteruchungen nein o ja o

Untersuchung auf Pilze nein o ja o

Mykologische Kultur nein o ja o

Hautbiopsie nein o ja o

Allergietest nein o ja o

Weitere nein o ja o welche?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Womit wird ihr Tier gefüttert?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wurde schon einmal eine Hautdiät durchgeführt? nein o ja o

Wann? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wie lange?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Womit?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Erfolg? nein o ja o

Welche Medikamente wurden bisher angewandt (Injektionen, Tabletten, Shampoos, Salben)

1.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Erfolg? nein o ja o

2.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Erfolg? nein o ja o

3.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Erfolg? nein o ja o

4.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Erfolg? nein o ja o

5.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Erfolg? nein o ja o

6.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Erfolg? nein o ja o

Anmerkungen: