



# ANAMNESEBOGEN DERMATOLOGIE

## PATIENTENDATEN

|       |   |
|-------|---|
| Name  | Geburtsdatum/Alter  |
| Rasse | Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> k |
| Datum |   |

Grund der Vorstellung: \_\_\_\_\_

1. Welche Symptome sind Ihnen aufgefallen?

- |                                   |                                  |  |
|-----------------------------------|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Juckreiz | <input type="checkbox"/> Krusten | <input type="checkbox"/> Dunkelverfärbung der Haut |
| <input type="checkbox"/> Schuppen | <input type="checkbox"/> Rötung  | <input type="checkbox"/> Haarverlust/kahle Stellen |
| <input type="checkbox"/> Knoten   | <input type="checkbox"/> Pickel  | <input type="checkbox"/> Sonstiges                 |

2. Besteht Juckreiz?

- nein
- ja , wenn ja bitte Einstufung angeben \_\_\_\_\_
- 0 - 1 kein Juckreiz, normales Putzverhalten
  - 2 - 3,0 selten, etwas mehr als sonst
  - 3,1 - 4 mildes Lecken/Kratzen, aber nicht beim Fressen/Spielen
  - 5 - 6 häufiges Lecken/Kratzen in der Nacht/Ruhe, aber nicht beim Fressen/Spielen
  - 7 - 8 starker Juckreiz, Lecken/Kratzen in der Nacht/Ruhe, auch beim Fressen/Spielen, lässt sich unterbrechen
  - 9 - 10 sehr starker ständiger Juckreiz, kein Unterbrechen möglich

3. Welche Körperregionen sind betroffen?

- |                                  |  |                                |
|----------------------------------|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kopf    | <input type="checkbox"/> Pfoten        | <input type="checkbox"/> Beine |
| <input type="checkbox"/> Rumpf   | <input type="checkbox"/> Bauch         | <input type="checkbox"/> Ohren |
| <input type="checkbox"/> Schwanz | <input type="checkbox"/> Rücken/Kruppe |                                |

4. Wann haben die Symptome begonnen? \_\_\_\_\_

5. Wo haben die Symptome begonnen? \_\_\_\_\_

6. Wann treten die Hautprobleme auf?

- Frühjahr  Sommer  Herbst  Winter
- ganzjährig ohne saisonale Schwankung  ganzjährig mit saisonaler Verschlechterung im \_\_\_\_\_

7. Seit wann haben Sie Ihr Tier? \_\_\_\_\_

8. Waren Sie mit Ihrem Tier im Ausland oder stammt es aus dem Ausland?

- nein
- ja
- welches Land? \_\_\_\_\_
  - wurden Reisekrankheiten getestet?  
 nein  ja

9. Wann war die letzte Floh- und Zeckenprophylaxe mit welchem Präparat?

\_\_\_\_\_



10. Hatte Ihr Tier früher Hautprobleme?  
 nein (weiter mit 12.)  
 ja, welche? \_\_\_\_\_
11. Wurden bereits Untersuchungen durchgeführt?  
 nein (weiter mit 12.)  
 ja, welche? \_\_\_\_\_
12. Hat Ihr Tier (hautunabhängige) Vorerkrankungen? Bekommt es Medikamente?  
 nein  
 ja  
     welche Erkrankung? \_\_\_\_\_  
     welche Medikamente? \_\_\_\_\_
13. Haben Sie andere Tiere?  
 nein  
 ja, welche? \_\_\_\_\_
14. Haben diese Hautprobleme?  
 nein  
 ja, welche? \_\_\_\_\_
15. Haben Kontaktpersonen Hautprobleme?  
 nein  
 ja, welche? \_\_\_\_\_
16. Welches Futter bekommt Ihr Tier? \_\_\_\_\_
17. Leckerlies? Zusätze? (Vitamine o.ä.) \_\_\_\_\_
18. Wie ist der Appetit?  
 wenig                       normal                       viel
19. Wie ist die Wasseraufnahme?  
 wenig                       normal                       viel
20. Wie ist der Urinabsatz?  
 wenig                       normal                       viel
21. Wie häufig setzt Ihr Tier Kot ab? Wie ist die Konsistenz? \_\_\_\_\_
22. Zeigt Ihr Tier Erbrechen?  
 nein     ja
23. Hat Ihr Tier Anldrüsenprobleme?  
 nein     ja
24. Hat Ihr Tier Blähungen oder laute Darmgeräusche?  
 nein     ja
25. Frisst Ihr Tier Gras?  
 nein  
 ja



26. Zeigt Ihr Tier eine Gewichtszu- oder abnahme?

- Gewichtszunahme
- Gewichtsabnahme

27. Intakte Hündin: Wann war die letzte Läufigkeit? \_\_\_\_\_

### **KATZE**

---

27. Ist Ihre Katze:

- Freigänger
- Wohnungskatze

28. Wurden folgende Erkrankungen getestet?

- FeLV
  - negativ      positiv      unbekannt
- FIV
  - negativ      positiv      unbekannt

Vielen Dank, dass sie diesen Fragebogen ausgefüllt haben!

Sollten Sie Laborbefunde von Ihrem Haustierarzt haben, bringen Sie diese bitte mit oder senden Sie sie uns gerne vorab mit dem ausgefüllten Fragebogen per eMail zu. ([Natalie.Gedon@kleintierklinik-ettlingen.de](mailto:Natalie.Gedon@kleintierklinik-ettlingen.de), mit Angabe Besitzernamen, Tiername und Termin)

Ihr Team der Kleintierklinik Ettlingen