

FRAGEBOGEN FÜR HAUTPATIENTEN

Bitte ausfüllen und Zutreffendes ankreuzen.

GRUND IHRES BESUCHS

TIERHALTER:IN

Anrede Frau Herr Neutral

Nachname Vorname

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

E-Mail Telefonnummer

Halter:in des Tieres ist

Nicht erforderlich, falls Sie selbst Halter:in sind

HALTUNG

Name des Tieres Geburtsdatum

Wenn nicht bekannt, **ungefähres Alter**

Tierart Rasse

Geschlecht weiblich männlich Kastriert Ja Nein

Das Tier ist in Besitz seit

Nutzung Familienmitglied Therapiehund Polizeilich geführt Jagdlich geführt Sonstige

Herkunft Züchter Privat Tierheim Ausland

Wohnsituation Land Stadt

Haltung Wohnung / Haus mit Garten Wohnung / Haus ohne Garten Zwinger

Freigang (nur bei Katzen ausfüllen) Ja Nein

Wie viele Stunden verbringt das Tier täglich im Haus?

Gibt es noch andere Tiere im Haushalt? Wenn ja, welche? Nein

War das Tier im Ausland? Wenn ja, wo? Und wann?

Bitte Rückseite beachten!

FÜTTERUNG

Trockenfutter Hersteller und Sorte Feuchtfutter Hersteller und Sorte

Futterergänzungsmittel? Wenn ja, welche? Nein
z.B. Vitaminpräparate, Mineralstoffe etc.

Leckerlies? Wenn ja, welche? Nein

Sonstiges Futter

Reagiert das Tier empfindlich auf Futter-Umstellung? Ja Nein

Appetit Normal Vermehrt

Gewicht Gewichtszunahme Normal Gewichtsverlust

Wasseraufnahme Normal Vermehrt

Urinabsatz Vermehrt viel Normal Vermehrt Wenig

Kotabsatz Normal Vermehrt Durchfall

Läufigkeiten Keine Normal Abnormal

GESUNDHEIT

Wurde das Tier schon einmal operiert? Ja Nein

Hat das Tier bekannte Vorerkrankungen? Wenn ja, welche? Nein

Benötigt das Tier regelmäßig Medikamente? Ja Nein

Wenn Ja, welche? Kortison Antibiotika Ohrentropfen
..... Lotions / Salben / Shampoo / Spray Sonstige

Welche Symptome hat das Tier? Atemwegsproblematik (Niesen, Husten, Pfeifen, ...)
..... Ausschlag / Rötungen Blasen Haut- und Fellveränderungen Haarverlust Hautgeruch
..... Krusten / Wunden Juckreiz Hautknoten / Pickel / Umfangsvermehrungen Ohrenprobleme
..... Offene, nicht heilende Wunden Verdauungsprobleme (Durchfall, Erbrechen etc.)

Sonstiges

An welchen Körperstellen? Achseln Augen Bauch Brust Genitalbereich Gliedmaßen
..... Rücken Innenschenkel Maul / Schnauze Hals Nase Ohren Pfoten Schwanz

Seit wann bestehen die Symptome?

Wird das Tier regelmäßig geimpft? Wenn ja, wann zuletzt? Nein

Wird das Tier regelmäßig entwurmt? Wenn ja, wann zuletzt? Nein

Erhält das Tier eine regelmäßige Prophylaxe gegen Flöhe, Zecken und Milben? Ja Nein

Wenn ja, welches Präparat? Wann zuletzt?