



# Anamnesebogen Dermatologie

<b>Besitzer</b> Name, Vorname:	<b>Patient:</b> Name
<b><u>Allgemeines</u></b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wie alt war Ihr Tier als Sie es bekommen haben? _____ Jahre/Monate</li>   <li>• Sind Wurfgeschwister ebenfalls bekannte Hautpatienten? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</span></li> </ul>	
<b><u>Auslandsaufenthalt</u></b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• War Ihr Tier schon einmal im Ausland? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</span></li>   <li>• Falls ja, in welchem Land/Ländern?  <div style="text-align: right; margin-left: 200px;"> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; width: 100%;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; width: 100%;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; width: 100%;"/> </div> </li> </ul>	
<b><u>Charakterisierung des Hauptproblems</u></b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grund der Konsultation/Hauptbeschwerden:  <div style="text-align: right; margin-left: 200px;"> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; width: 100%;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; width: 100%;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; width: 100%;"/> </div> </li>   <li>• Wann/In welchem Alter ist das Problem zum ersten Mal aufgetreten?  <div style="text-align: right; margin-left: 200px;"> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; width: 100%;"/> </div> </li>   <li>• Wo begann die Erkrankung (Körperteile)?  <div style="text-align: right; margin-left: 200px;"> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; width: 100%;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; width: 100%;"/> </div> </li>   <li>• Wie sahen die Veränderungen zu Beginn aus?  <div style="float: right; margin-left: 20px;"> <input type="checkbox"/> Wunde/offene Stellen  <input type="checkbox"/> eitrige Pusteln  <input type="checkbox"/> Haarausfall  <input type="checkbox"/> rote Hauterhebungen  <input type="checkbox"/> Quaddeln  <input type="checkbox"/> Nesselfieber  <input type="checkbox"/> Andere: </div> <div style="text-align: right; margin-left: 200px;"> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; width: 100%;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; width: 100%;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; width: 100%;"/> </div> </li>   <li>• Hat sich das Problem verändert oder ausgeweitet?  <div style="text-align: right; margin-left: 200px;"> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; width: 100%;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; width: 100%;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; width: 100%;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; width: 100%;"/> </div> </li> </ul>	



# 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"/>



# Anamnesebogen Dermatologie

## Fütterung

- Welches Futter füttern Sie zurzeit?

---



---



---

## Eliminationsdiät

- Wurde jemals eine spezielle Eliminationsdiät durchgeführt?
- Falls ja, mit welchem Futter?
- Für wie lange?
- Erfolg?

Ja  
 Nein

---



---



---



---



---

## 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?