|  |
| --- |
| **DERMATOLOGISCHE VORGESCHICHTE – vetderm.ch** |
| Name des Besitzers: ………………………………………… Datum:  |
| Tiername: Rasse:Geburtsdatum: Geschlecht: |
| Überwiesen durch: (bitte Name und Adresse Ihres Tierarztes angeben): |
| **ALLGEMEINES**Herkunft des Tieres: □ Züchter □ Privat □ Tierheim □ SonstigesWie alt war Ihr Tier als Sie es bekommen haben? |
| **AUSLANDAUFENTHALT**War Ihr Tier schon einmal im Ausland? □ Ja □ NeinFalls ja, in welchem Land/Ländern? |
| **CHARAKTERISIERUNG DES HAUPTPROBLEMS**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?□ Wunde/offene Stellen □ eitrige Pusteln □ Haarausfall □ Rote Hauterhebungen□ Quaddeln/Nesselfieber □ Schuppen □ Krusten □ Andere….Hat sich das Problem verändert oder ausgeweitet?Hat Ihr Tier schon einmal Ohrprobleme/-entzündungen gehabt? □ nein □ ja Wann? |
| **JUCKREIZ**Kratzt, beisst, reibt oder leckt sich Ihr Tier? □ ja □ nein□ Zuerst Juckreiz □ Zuerst HautveränderungenFalls ja, wo kratzt/leckt/beisst/reibt sich Ihr Tier am häufigsten? □ Kopf □ Ohren □ Achselhöhlen □ Rücken□ Bauch □ Schwanz □ Pfoten □ Generalisiert/überallFalls ja, geben Sie auf einer Skala von 1 – 10 die Intensität des Juckreizes an:(dabei ist 1 kein Juckreiz, 10 ununterbrochener Juckreiz) |

|  |
| --- |
| **SAISONALITÄT**Ist die Hauterkrankung saisonal? □ Ja □ Nein □ Frühling □ Sommer □ Herbst □ WinterZu welcher Tageszeit ist der Juckreiz am stärksten ausgeprägt? □ Morgen □ Mittag □ Nachts □ Ganztags |
| **HAUSHALT**Haben Sie noch andere Tiere? □ Ja □ NeinFalls ja, welche?□ Katzen □ Hunde □ Nager □ Pferde □ Vögel □ WiederkäuerHaben andere Tiere/Menschen im selben Haushalt ebenfalls Haut-/Ohrprobleme?Wenn ja, wie äussern sich diese? |
| **HALTUNG** Wieviel Zeit verbringt Ihr Tier im Haus (in Prozent)?Wo hält sich das Tier die restliche Zeit auf?Welche Böden haben Sie im Haus?Sind auch andere Tiere des Wurfes/ der Familie von einer Haut-/Ohrerkrankung betroffen? |
| **BEI KATZEN**Lebt Ihre Katze □ nur im Haus □ geht auch nach draußen?Wurden bei Ihrer Katze je folgende Virustests durchgeführt? □ FeLV □ FIV □ FIPFalls einer der obigen Tests positiv war, bitte diesen hier vermerken ………………. |
| **FÜTTERUNG**Welches Futter füttern Sie zurzeit? □ Trockenfutter □ Dosen □ Frischfleisch □ Tischresten □ Futterzusätze □ Anderes……….**Spezialdiät**Wurde jemals eine spezielle Ausschlussdiät durchgeführt? □ Ja □ NeinName des Diätfutters:……………………………………………………………….Dauer der Diät:…………………………………………………………………………Hat die Diät geholfen, den Juckreiz zu mindern? □ Ja □ Nein  |
| **PROPHYLAXE**Wann ist Ihr Tier zum letzten Mal geimpft worden?Wann ist Ihr Tier zum letzten Mal entwurmt worden?Wann sahen Sie zum letzten Mal Flöhe?Welche Art von Floh- und/oder Zeckenbekämpfung/Vorbeuge führen Sie durch?Präparat(e): Wie oft? Wann zum letzten Mal? |
| **BEHANDLUNG (Shampoos, Lotionen, Tabletten, Cremen, Sprays, Ohrtropfen…)**Shampoo: Name ……………………….. □ ja □ nein Erfolg?Antibiotika: Name ……………………….. □ ja □ nein Erfolg? Kortikosteroide/Kortison: Name ……………………….. □ ja □ nein Erfolg? Cyclosporin (zB. Atopica): Name ……………………….. □ ja □ nein Erfolg? Apoquel Name ……………………….. □ ja □ nein Erfolg? Cytopoint Name ……………………….. □ ja □ nein Erfolg? Creme/Salben: Name ……………………….. □ ja □ nein Erfolg? Fungistatika (gegen Pilze): Name ……………………….. □ ja □ nein Erfolg?Ohrtropfen Name ……………………….. □ ja □ nein Erfolg?Andere: Name……………………….. □ ja □ nein Erfolg?Welche der oben genannten Medikamente hat Ihrer Meinung nach am besten geholfen?Welche Medikamente kriegt Ihr Tier zum jetzigen Zeitpunkt? |
| **ALLGEMEINZUSTAND**Allgemeinbefinden □ normal □ reduziertKondition □ normal □ reduziert Appetit □ normal □ reduziert □ erhöhtGewichtsverlust □ ja □ neinGewichtzunahme □ ja □ neinTrinkwassermenge □ normal □ erhöht Harnabsatz □ normal □ erhöhtKotabsatzfrequenz □ normal □ reduziert □ gesteigertKotqualität □ normal □ abnormal ………………………………………….Augenausfluss □ ja □ neinLäufigkeit □ normal □ abnormal Wann war die letzte Läufigkeit?.................................Andere Erkrankungen/Probleme: |
| Gibt es noch etwas, das Ihnen wichtig erscheint im Zusammenhang mit der Erkrankung? |