|  |
| --- |
| **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 □ Sonstiges  Wie alt war Ihr Tier als Sie es bekommen haben? |
| **AUSLANDAUFENTHALT**  War Ihr Tier schon einmal im Ausland? □ Ja □ Nein  Falls 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 Hautveränderungen  Falls ja, wo kratzt/leckt/beisst/reibt sich Ihr Tier am häufigsten?  □ Kopf □ Ohren □ Achselhöhlen □ Rücken □ Bauch □ Schwanz □ Pfoten □ Generalisiert/überall  Falls 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 □ Winter  Zu welcher Tageszeit ist der Juckreiz am stärksten ausgeprägt?  □ Morgen □ Mittag □ Nachts □ Ganztags |
| **HAUSHALT** Haben Sie noch andere Tiere? □ Ja □ Nein  Falls ja, welche?  □ Katzen □ Hunde □ Nager □ Pferde □ Vögel □ Wiederkäuer  Haben 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 □ FIP Falls 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 □ Nein  Name 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 □ reduziert Kondition □ normal □ reduziert  Appetit □ normal □ reduziert □ erhöht Gewichtsverlust □ ja □ nein Gewichtzunahme □ ja □ nein Trinkwassermenge □ normal □ erhöht  Harnabsatz □ normal □ erhöht Kotabsatzfrequenz □ normal □ reduziert □ gesteigert Kotqualität □ normal □ abnormal …………………………………………. Augenausfluss □ ja □ nein Läufigkeit □ normal □ abnormal  Wann war die letzte Läufigkeit?.................................  Andere Erkrankungen/Probleme: |
| Gibt es noch etwas, das Ihnen wichtig erscheint im Zusammenhang mit der Erkrankung? |