

Fragebogen für Tierhalter



Tierärzte-Team

in
LUDWIGSFELDE

Inh. M. Hädeler

Datum: _____

1

Name Besitzer _____ Alter _____ männlich Hund
Name Tier _____ kastriert weiblich Katze
Rasse _____ andere _____

2

Welche Hautprobleme hat ihr Tier?

Haarausfall Rötung fettige Haut Kopf schütteln* Hautverdickung
 Krusten Pickel trockene Haut Verfärbung von Pfoten lecken*
 Juckreiz Schuppen übler Geruch Haut/Haaren Sonstiges: _____

*gilt nicht für Katzen

3

Wie alt war das Tier, als es zu Ihnen kam? _____

Wie alt, als die ersten Hautprobleme auftraten? _____

Begann das Problem mit
 sichtbaren Hautveränderungen
 Juckreiz
 weiß nicht

Wo traten die ersten Veränderungen auf?

KOPF

Nase/Nasenrücken
 Augenumgebung
 Wangen
 Lippen
 Kinn
 Stirn
 Ohren
 Hals

RUMPF

Rücken
 Brust
 Bauch
 Leiste
 Kruppe
 Analregion

BEINE

Vorderpfoten
 Hinterpfoten
 Ellbogen außen
 Ellbogen innen
 Achseln
 Oberschenkel

4

Hatte ihr Tier schon einmal eine Ohrenentzündung?
 ja, ca. _____ mal nein

5

Leckt sich Ihr Tier die Pfoten?
 ja nein

Reibt es Kopf oder Gesicht an Dingen?
 ja nein

6

Wie oft setzt Ihr Tier Kot ab?

Hat es einen empfindlichen Magen?
 ja nein

Welches Futter geben Sie dem Tier?

7

Gibt es weitere Tiere in Ihrem Haushalt?
 ja, _____
 nein

Haben Tiere oder Menschen mit denen Ihr Tier Kontakt hat(te) Hautprobleme?
 ja, _____
 nein

8

Gibt es Tages- oder Jahreszeiten, zu denen das Problem schlimmer ist?
 ja, _____
 nein

Gibt es Orte, an denen das Problem schlimmer ist?
 ja, _____
 nein

9

Hatte Ihr Tier schon einmal Ungeziefer, z.B. Flöhe, Zecken oder Milben?
 ja, _____
 nein

Behandeln Sie Ihr Tier vorbeugend gegen Ungeziefer?
 ja, mit: _____
 nein

10

Gibt es andere Erkrankungen bei Ihrem Tier?
 ja, _____
 nein

Bekommt ihr Tier regelmäßig Medikamente, außer für die Haut?
 ja, _____
 nein

11

Womit wurde das Hautproblem bisher behandelt?

Brachte die Behandlung Besserung, wenn auch nur für kurze Zeit?

1. _____ Dauer der Behandlung _____ Erfolg? ja nein
2. _____ Dauer der Behandlung _____ Erfolg? ja nein
3. _____ Dauer der Behandlung _____ Erfolg? ja nein
4. _____ Dauer der Behandlung _____ Erfolg? ja nein
5. _____ Dauer der Behandlung _____ Erfolg? ja nein