



Bahnhofstr. 46
24647 Wasbek
Tel. : 04321 / 66006
Fax : 04321 / 69406

Erhebungsbogen Dermatologie

Diverse Erstelldatum



Besitzer: Halter Vor- und Nachname

Tiername: Tier Name des Patienten

Rasse: Tier Rasse

Alter: Tier Alter in Jahren

Geschlecht: Tier Geschlecht, Tier Kastriert

Hauptproblem: _____

Wie lange besteht das Problem? Tage: _____ Wochen: _____ Monate: _____ Jahre: _____

Ist Juckreiz vorhanden? Ja ☐ nein ☐

(Juckreiz kann sich äußern durch: kratzen, lecken, knabbern, sich wälzen, reiben an Gegenständen)

Falls **Juckreiz** vorhanden ist, wo und wann manifestiert er sich?

☐ Gesicht ☐ Pfoten ☐ Achselhöhlen ☐ Schwanz ☐ Rücken ☐ Bauch

☐ überall ☐ andauernd ☐ sporadisch

Welche der nachfolgenden Symptome treten auf?

☐ wunde Stellen ☐ Krusten ☐ Schuppen ☐ Haarausfall ☐ Geruch ☐ Quaddeln

☐ Ohrentzündungen ☐ Gewichtsabnahme ☐ Gewichtszunahme ☐ Riesen hunger

☐ Erbrechen ☐ Durchfall ☐ trinkt mehr als üblich

Was war zuerst da? Der Juckreiz ☐ oder die Hautveränderungen ☐

Zu welcher Jahreszeit tritt das Problem vermehrt auf?

☐ Frühling ☐ Sommer ☐ Herbst ☐ Winter ☐ ganzjährig

Verschlimmert sich das Problem? ☐ ja ☐ nein

Falls das Problem schon länger besteht:

gab es in dieser Zeit auch Phasen, in denen Ihr Tier auch ohne Behandlung völlig symptomfrei war?

☐ Ja ☐ Nein

Kleintierklinik Wasbek
GmbH & Co KG



Was füttern sie Ihrem Tier? (bitte schreiben sie auch welche Marke /Art)

☐ Dosenfutter _____

☐ Trockenfutter _____

☐ Frischfleisch _____ ☐ Leckerli ☐ Tischreste

Was verschlimmert die Symptome? _____

Was verbessert die Symptome ? _____

Haben Sie noch andere Haustiere? _____

Hat eines der anderen Tiere ein Hautproblem? ☐ ja ☐ nein ____

Hat eine Person in Ihrem Haushalt Hautprobleme? ☐ ja ☐ nein

Wo schläft ihr Tier ? _____

War Ihr Tier jemals in Südeuropa? ja ☐ nein ☐

Was verwenden sie zur Flohkontrolle? _____

Wann wurde zum letzten mal Flohprophylaxe durchgeführt? _____

Ist Ihr Tier allergisch gegen Medikamente oder Futtermittel? _____

Nimmt ihr Tier regelmäßig Medikamente? ☐ Ja ☐ nein

Letzte Tablette gegeben am: _____ letzte Injektion am: _____

Sonstige Bemerkungen: _____
