



# Hautfragebogen

Liebe Patientenbesitzer:in,  
für einen geregelten und strukturierten Praxisablauf benötigen wir einige Daten von Ihnen und Ihrem Tier, die selbstverständlich der tierärztlichen Verschwiegenheit unterliegen.

## Patientenbesitzer:in

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Nachname

\_\_\_\_\_  
Straße/Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ

\_\_\_\_\_  
Ort

## Tierdaten

\_\_\_\_\_  
Tier-Name

\_\_\_\_\_  
Tier-Geburtstag

\_\_\_\_\_  
Tier-Art

\_\_\_\_\_  
Tier-Rasse

\_\_\_\_\_  
Chip-Nummer (falls vorhanden)

\_\_\_\_\_  
Farbe

Geschlecht  weiblich  männlich  
Kastriert  ja  nein

\_\_\_\_\_  
seit wann in Besitz?

Auslandsaufenthalt  nein  ja

\_\_\_\_\_  
Wenn ja, wo?

## Worin besteht das Hautproblem Ihres Tieres?

Juckreiz  nein  schwach  mittel  stark

Haarverlust  nein  ja

\_\_\_\_\_  
Wenn ja, wo?

Offene Stellen  nein  ja

\_\_\_\_\_  
Wenn ja, wo?

Hautrötungen  nein  ja

\_\_\_\_\_  
Wenn ja, wo?

Schuppen  nein  ja

\_\_\_\_\_  
Wenn ja, wo?

Hautgeruch  nein  schwach  mittel  stark

Fettige Haut  nein  ja

\_\_\_\_\_  
Wenn ja, wo?

Trockene Haut  nein  ja

\_\_\_\_\_  
Wenn ja, wo?

## Wo hat das Problem angefangen?

Ohren  Augen  Nase  Lefze  Rücken  Brust  Bauch  Hals  Leistengegend  
Gliedmaßen  vorn  hinten  
Pfoten  vorn  hinten

Hat sich die Hautveränderung ausgedehnt?  nein  ja \_\_\_\_\_

Wenn ja, wie schnell?  langsam  schnell  in Intervallen  gleichmäßig  
Wenn ja, wohin?

## Zeitlicher Verlauf des Problems

Wie lange besteht das Problem schon?

Ist das Problem zu manchen Jahreszeiten schlimmer?  nein  ja  Frühling  Sommer  Herbst  Winter

## Kratzt, reibt, leckt oder beißt sich Ihr Tier?

nein  ja \_\_\_\_\_

Wenn ja, wo?  
 Ohren  Augen  Nase  Lefze  Rücken  Brust  Bauch  Hals  Leistengegend  
Gliedmaßen  vorn  hinten  
Pfoten  vorn  hinten

## Zur Haltung des Tieres

Haben Sie noch andere Tiere im Haushalt?  nein  ja \_\_\_\_\_

Wenn ja, welche?

Hat eines der anderen Tiere Hautprobleme?  nein  ja \_\_\_\_\_

Wenn ja, welche?

Hat ein Familienmitglied Hautprobleme?  nein  ja \_\_\_\_\_

Wenn ja, welche?

Wieviel Prozent des Tages verbringt Ihr Tier \_\_\_\_\_

im Freien

im Haus

Wo schläft Ihr Tier?

Bei Katzen  Wohnungskatze  Freigänger

War Ihr Tier schon einmal in einer anderen Umgebung  
(Pension, Urlaub, Freunde)?  nein  ja \_\_\_\_\_

Wenn ja, wo?

Haben sich die Hautprobleme in der fremden Umgebung verändert?  nein  ja  schlechter  besser

Wurde ein Reiseprofil angefertigt?  nein  ja

### Wie wurde Ihr Tier bislang behandelt?

Shampoo	_____	_____
	Name	Erfolg
Sprays	_____	_____
	Name	Erfolg
Kortison	_____	_____
	Name	Erfolg
Antibiotika	_____	_____
	Name	Erfolg
Ohrentropfen	_____	_____
	Name	Erfolg
Salben	_____	_____
	Name	Erfolg
sonstiges	_____	_____
	Name	Erfolg

### Parasiten

Wann haben Sie zuletzt eine Floh- und Zeckenprophylaxe gemacht? \_\_\_\_\_  
Datum der Floh- und Zeckenprophylaxe

Mit welchem Mittel? \_\_\_\_\_  
Mittel der Floh- und Zeckenprophylaxe

Hatte Ihr Tier Parasiten?  nein  ja \_\_\_\_\_  
Wenn ja, welche?

Wann wurde Ihr Tier das letzte Mal entwurmt? \_\_\_\_\_  
Datum der letzten Entwurmung

### Was füttern Sie Ihrem Tier?

Dosen	_____	_____
	Marke	Fleischsorte
Trockenfutter	_____	_____
	Marke	Fleischsorte
Barf	_____	_____
	Marke	Fleischsorte
Selbstgekochtes	_____	_____
	Marke	Fleischsorte
Vitamine/Mineralien	_____	_____
	Marke	Fleischsorte
Leckerlies	_____	_____
	Marke	Fleischsorte

Gab es kürzlich eine Futterumstellung?  ja  nein      Haben Sie eine Ausschlussdiät durchgeführt?  ja  nein

### Wie ist der Allgemeinzustand Ihres Tieres?

- |                    |                                 |                                    |
|--------------------|---------------------------------|------------------------------------|
| 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 |
| Gewichtsverlust:   | <input type="checkbox"/> ja     | <input type="checkbox"/> nein      |
| Gewichtszunahme:   | <input type="checkbox"/> ja     | <input type="checkbox"/> nein      |
| Trinkwassermenge:  | <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> erhöht    |
| Kotabsatzfrequenz: | <input type="checkbox"/> 1–2×   | <input type="checkbox"/> mehr      |
| Kotqualität:       | <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> abnormal  |
| Augenfluss:        | <input type="checkbox"/> ja     | <input type="checkbox"/> nein      |
| Läufigkeit         | <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> abnormal  |

\_\_\_\_\_ Datum der letzten Läufigkeit