

Liebe/r Frau/Herr _____,

Ihr _____ (Tierart/Name des Tieres) hat Probleme im Bereich der Haut – des Ohres.

Bitte füllen Sie diesen Bogen möglichst sorgfältig aus.

Allgemeines

– Wie alt war Ihr Tier, als Sie es bekommen haben? _____

– War Ihr Tier schon einmal im Ausland? ☐ Nein ☐ Unbekannt ☐ Ja, in _____

Art und Auftreten der Beschwerden

– Welche Beschwerden hat Ihr Tier? _____

– Wann/In welchem Alter sind die Beschwerden zum ersten Mal aufgetreten? _____

– Wo begann die Erkrankung (z. B. Nase, Ohren, Pfoten, Bauch etc.)? _____

– Wie sahen die Veränderungen zu Beginn aus (Rötungen, Quaddeln, eitrige Pusteln, Schuppen, Haarausfall etc.)? _____

– Hat sich das Problem verändert oder ausgeweitet? ☐ Nein ☐ Ja (wie/wohin/wie schnell) _____

– Sind die Beschwerden ganzjährig? ☐ Ja ☐ Nein, sie sind saisonal stärker ausgeprägt im ☐ Frühjahr ☐ Sommer
☐ Herbst ☐ Winter

– Kratzt, leckt, beißt oder reibt sich Ihr Tier? ☐ Nein ☐ Ja An welchen Körperstellen (z. B. an Lefzen, Ohren, Pfoten, Bauch etc.)? _____
Wie oft? ☐ ständig ☐ oft ☐ manchmal ☐ selten

Zu bestimmten Tageszeiten? ☐ Nein ☐ Ja (z. B. morgens, mittags, abends etc.) _____

– Hat Ihr Tier schon einmal Ohrprobleme/-entzündungen gehabt? ☐ Nein ☐ Ja Wann? _____

Umgebung des Tieres

– Haben Sie noch andere Tiere? ☐ Nein ☐ Ja, und zwar _____

– Haben andere Tiere/Menschen im selben Haushalt ebenfalls Hautprobleme? ☐ Nein ☐ Ja, folgende _____

– Sind verwandte Tiere Ihres Tieres ebenfalls betroffen? ☐ Nein ☐ Weiß nicht ☐ Ja, folgendermaßen _____

– Aufenthaltsdauer Ihres Tieres: _____ % im Haus _____ % im Freien

– Wird Ihr Tier regelmäßig/manchmal gebadet? ☐ Nein ☐ Ja Wie oft? Womit? _____

– Gab es vor Auftreten der Symptome eine Veränderung im Umfeld Ihres Tieres? ☐ Nein ☐ Ja, folgende _____

Bei Katzen

– Wurden bei Ihrer Katze jemals folgende Virustests durchgeführt? ☐ FeLV ☐ FIV ☐ FIP ☐ keine

Mit welchem/n Ergebnis/sen? _____

Fütterung

– Was füttern Sie Ihrem Tier? (bitte auch Leckerlis, Kaustangen etc. aufzählen)

☐ Trockenfutter, Name: _____ ☐ Dosenfutter, Name: _____

☐ Frischfleisch ☐ Tischreste ☐ Anderes: _____

☐ Futterzusätze, Name: _____

– Wurde jemals eine Ausschlussdiät durchgeführt? ☐ Nein ☐ Ja

Mit welchem Futter? _____ Wie lange? _____ Erfolg? _____

Bisherige Behandlungsmaßnahmen

– Ist Ihr Tier bereits medikamentell (Injektion, Tabletten, Shampoo, Salben) behandelt worden?

☐ Nein ☐ Ja, folgendermaßen

Medikament	Dosis	Dauer	Erfolg
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Prophylaxe

– Wird Ihr Tier regelmäßig geimpft? ☐ Nein ☐ Ja, zuletzt am _____

– Wird Ihr Tier regelmäßig entwurmt? ☐ Nein ☐ Ja, zuletzt am _____ mit _____
(Name des Präparates)

– Wird Ihr Tier regelmäßig gegen Flöhe behandelt? ☐ Nein ☐ Ja, zuletzt am _____ mit _____
(Name des Präparates)

Allgemeinzustand

– Hat sich der Appetit Ihres Tieres in letzter Zeit verändert? ☐ Nein ☐ Ja, gesteigert ☐ Ja, vermindert

– Hat sich das Gewicht Ihres Tieres in letzter Zeit verändert? ☐ Nein ☐ Ja, und zwar _____

– Zeigt Ihr Tier häufiger eines oder mehrere der folgenden Symptome:

☐ Husten ☐ Niesen ☐ tränende Augen ☐ Erbrechen
☐ Durchfall/weicher Kot ☐ vermehrtes Trinken ☐ vermehrter Urinabsatz

– Leidet Ihr Tier an anderen Krankheiten? ☐ Nein ☐ Ja, und zwar an _____

Bei nicht kastrierten Hündinnen

– Wird Ihre Hündin regelmäßig läufig? ☐ Nein ☐ Ja, letzte Läufigkeit: _____

Gibt es noch etwas, das Ihnen wichtig erscheint im Zusammenhang mit der Erkrankung?



QR-Code scannen
und Produkte bestellen.

www.cp-pharma.de

CP-Pharma Handelsgesellschaft mbH

Telefon 05136/6066 0

Telefax 05136/6066 66

info@cp-pharma.de

cp pharma