

# Anamnesebogen Hautpatient

Name: \_\_\_\_\_

Rasse: \_\_\_\_\_

Alter: \_\_\_\_\_ Geschlecht:  m  w  kastriert

Tierärztliche  
Klinik Ahlen



Tierärztliche Klinik für Kleintiere

Bunsenstraße 20 · 59229 Ahlen

Tel. +49 2382 766700 · Fax 76670100

Seite 1

1. In welchem Alter begann das Problem? \_\_\_\_\_

2. In welcher Jahreszeit begann das Problem? \_\_\_\_\_

3. In welcher Lokalisation begann das Problem?

- Gesicht  Pfoten  Ohrränder  Schwanz  
 Achselhöhle  Rücken  Bauch  Andere: \_\_\_\_\_

4. Besteht Juckreiz?

- Andauernd  Sporadisch  kein Juckreiz  
 Anfangs ohne, jetzt mit Juckreiz  nur anfänglich Juckreiz

5. Welche der nachfolgenden Symptome treten auf?

- Wunde Stellen  Krusten  Schuppen  Haarausfall  
 Ohrentzündung  Geruch  Quaddeln  Erbrechen  
 Durchfall  Riesen hunger  vermehrtes Trinken  
 Gewichtsabnahme  Gewichtszunahme

6. Was verschlimmert die Symptome? \_\_\_\_\_

7. Was verbessert die Symptome? \_\_\_\_\_

8. Sind andere Erkrankungen bekannt? \_\_\_\_\_

9. Ist das Tier einer Stresssituation ausgesetzt?  
\_\_\_\_\_

10. War das Tier jemals im Ausland?  ja  nein

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

11. Was füttern Sie Ihrem Tier?

- Dosenfutter  Trockenfutter  
 vom Tisch  Leckerli  Anderes: \_\_\_\_\_

# Anamnesebogen Hautpatient

Name: \_\_\_\_\_

Rasse: \_\_\_\_\_

Alter: \_\_\_\_\_ Geschlecht:  m  w  kastriert

Tierärztliche  
Klinik Ahlen



Tierärztliche Klinik für Kleintiere

Bunsenstraße 20 · 59229 Ahlen

Tel. +49 2382 766700 · Fax 76670100

Seite 2

12. Haben Sie jemals eine Diät gefüttert?  ja  nein  
Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

13. Ist Ihr Tier allergisch auf Futterinhaltsstoffe oder Medikamente?  ja  nein  
Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

14. Haben Sie noch andere Haustiere?  
 Hund(e)  Katze(n)  Vo(e)gel  Andere \_\_\_\_\_

15. Hat eines der Tiere ebenfalls ein Hautproblem?  ja  nein

16. Hat eine Person in Ihrem Haushalt ein Hautproblem?  ja  nein

17. Wissen Sie, ob ein Wurfgeschwister Hautprobleme hat?  ja  nein  
Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

18. Wo schläft das Tier? \_\_\_\_\_

19. Was verwenden Sie zur Flohkontrolle?  
\_\_\_\_\_

20. Benutzte Medikamente?  
 Tabletten  Injektionen  Cremes  Spray  
 Shampoo  Ohrentropfen

21. Welchen Effekt hatten die verwendeten Medikamente?  
\_\_\_\_\_

22. Wie lange wurden die Medikamente gegeben? \_\_\_\_\_