

# Dermatologie Fragebogen

Name des Patienten: \_\_\_\_\_

Was ist der Grund der Vorstellung in der dermatologischen Sprechstunde? Was ist Ihnen aufgefallen:

Welche Symptome sind Ihnen aufgefallen?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Juckreiz         | <input type="checkbox"/> Krusten                        |
| <input type="checkbox"/> Ohrenprobleme    | <input type="checkbox"/> Blasen                         |
| <input type="checkbox"/> Fellprobleme     | <input type="checkbox"/> Hautknoten                     |
| <input type="checkbox"/> Haarlosigkeit    | <input type="checkbox"/> Offene nicht heilende Läsionen |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |   |

An welchen Körperstellen sind Veränderungen aufgefallen?

- |   |                                       |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ohren            | <input type="checkbox"/> Beine        |
| <input type="checkbox"/> Pfoten           | <input type="checkbox"/> Gesicht      |
| <input type="checkbox"/> Rumpf            | <input type="checkbox"/> Schleimhäute |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |                                       |

Wenn Juckreiz (kratzen, beißen, knabbern, verstärktes Putzen) besteht, wie stark ist der Juckreiz auf einer Skala von 1-10?

- 0= mein Tier hat keinen Juckreiz, Juckreiz ist kein Problem
- 1= mein Tier hat nur selten und sehr milden Juckreiz
- 2-3= sehr milder Juckreiz, kommt nur gelegentlich vor
- 4-5= Juckreiz ist mild, nur wenige Juckreizepisoden, wenn das Tier nicht durch z.B. Gassi, Fressen oder Training abgelenkt ist.
- 6-7= Juckreiz ist moderat, häufige Juckreizepisoden, auch nachts und wenn das Tier in Ruhe ist, aber nicht bei Ablenkung (Gassi, Fressen oder Training)
- 7-8= starker Juckreiz, lange Juckreizepisoden, nachts und auch beim Gassi, Tier kann man davon aber noch ablenken
- 9-10= sehr starker Juckreiz, das Tier lässt sich nicht mehr ablenken, der Juckreiz ist ständig präsent

Seit wann bestehen diese Probleme?

- Tage  Monate  
 Wochen  Jahren

Sind diese Probleme zu einer speziellen Jahreszeit deutlicher ausgeprägt?

- Sommer/Frühjahr  Nein, das ganze Jahr über  
 Herbst/Winter

Welche Medikamente hat ihr Tier für die Hautprobleme/Ohrprobleme schon bekommen und haben diese geholfen?

---

Wurden schon Untersuchungen deswegen durchgeführt?

- Ja  Nein

Wenn ja: Was ist dabei rausgekommen?

---

Haben Sie weitere Haustiere?

- Ja  Nein

Haben Kontakttiere oder Kontaktpersonen ähnliche Hautveränderungen?

- Ja  Nein

Hat ihr Tier andere bekannte chronische Erkrankungen wie z.B. ein Herzproblem, Diabetes mellitus oder eine Schilddrüsenunterfunktion?

- Ja  Nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Bekommt ihr Tier regelmäßig Medikamente?

- Ja  Nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Zeigt ihr Tier weitere Symptome wie:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nein, keine Symptome | <input type="checkbox"/> Bindehautentzündung |
| <input type="checkbox"/> Niesen               | <input type="checkbox"/> Durchfall           |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____     |  |

Wie oft hat ihr Tier Kotabsatz am Tag? \_\_\_\_\_

Wie ist der Kot geformt?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Fest                    | <input type="checkbox"/> Breiig, nicht geformt |
| <input type="checkbox"/> Weich aber noch geformt | <input type="checkbox"/> Wässrig, flüssig      |

Kommt ihr Tier aus dem Ausland oder war es schon einmal im Ausland?

- |                             |                               |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
|-----------------------------|-------------------------------|

Wenn ja, woher/wo? \_\_\_\_\_

Wenn Ihr Tier aus dem Ausland kommt, wurde ein Reiseprofil durchgeführt (Leishmaniose, Herzwürmer, etc.)

- |                             |                               |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
|-----------------------------|-------------------------------|

Bekommt ihr Tier regelmäßig ein Mittel gegen Ektoparasiten (Flöhe, Milben, Zecken)?

- |                             |                               |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
|-----------------------------|-------------------------------|

Wenn ja, was für ein Mittel? \_\_\_\_\_

-Bei Katzen bitte zusätzlich ausfüllen-

Wie wird die Katze gehalten?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Freigänger                        | <input type="checkbox"/> Reine Wohnungskatze |
| <input type="checkbox"/> Wohnungskatze mit Balkon/Terrasse |  |

Wurde bereits auf FIV/FeLV getestet?

- |                                  |                                    |
|----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja      | <input type="checkbox"/> Nein      |
| <input type="checkbox"/> Positiv | <input type="checkbox"/> Unbekannt |
| <input type="checkbox"/> Negativ |                                    |