



Fragebogen für Tierhalter

Datum

Name Besitzer _____

1 Name Tier _____ Alter _____ ☐ männlich ☐ weiblich ☐ kastriert
Rasse _____ ☐ Hund ☐ Katze ☐ andere _____

2 Welche Hautprobleme hat Ihr Tier? ☐ Juckreiz ☐ Rötung ☐ Pickel ☐ Schuppen
☐ Haarausfall ☐ Krusten ☐ fettige Haut ☐ trockene Haut ☐ übler Geruch ☐ Kopf schütteln*
☐ Verfärbung von Haut/Haaren ☐ Hautverdickung ☐ Pfoten lecken* ☐ sonstiges _____

3 Wie alt war das Tier, als es zu Ihnen kam? _____ Wie alt, als die ersten Hautprobleme auftraten? _____

Wo traten die ersten Veränderungen auf?

4 Kopf: ☐ Nase/Nasenrücken ☐ Augenumgebung ☐ Wangen ☐ Lippen ☐ Kinn ☐ Stirn ☐ Ohren ☐ Hals
Rumpf: ☐ Rücken ☐ Brust ☐ Bauch ☐ Leiste ☐ Kruppe ☐ Analregion
Beine: ☐ Vorderpfoten ☐ Hinterpfoten ☐ Ellbogen außen ☐ Ellbogen innen ☐ Achseln ☐ Oberschenkel

5 Begann das Problem mit ☐ sichtbaren Hautveränderungen? ☐ Juckreiz? ☐ weiß nicht

6 Hatte Ihr Tier schon einmal eine Ohrenentzündung? ☐ ja, ca. _____ mal ☐ nein

7 Leckt sich Ihr Tier die Pfoten? ☐ ja ☐ nein Reibt es Kopf oder Gesicht an Dingen? ☐ ja ☐ nein

8 Wie oft am Tag setzt Ihr Tier Kot ab? _____ Hat es einen empfindlichen Magen? ☐ ja ☐ nein

9 Welches Futter geben Sie dem Tier? _____

10 Gibt es weitere Tiere in Ihrem Haushalt? ☐ ja, und zwar _____ ☐ nein

Haben Tiere oder Menschen mit denen Ihr Tier Kontakt hat(te) Hautprobleme?
☐ ja, und zwar _____ ☐ nein

11 Gibt es Tages- oder Jahreszeiten, zu denen das Problem schlimmer ist? ☐ ja ☐ nein
Gibt es Orte, an denen das Problem schlechter ist? ☐ ja ☐ nein

12 Hatte Ihr Tier schon einmal Ungeziefer, z.B. Flöhe, Zecken oder Milben? ☐ ja ☐ nein
Behandeln Sie Ihr Tier vorbeugend gegen Ungeziefer? ☐ ja, mit _____ ☐ nein
wenn ja, wie oft behandeln Sie Ihr Tier damit? _____

13 Gibt es andere Erkrankungen bei Ihrem Tier? ☐ ja, und zwar _____ ☐ nein
Bekommt Ihr Tier regelmäßig Medikamente, außer für die Haut? ☐ ja, und zwar _____ ☐ nein

Womit wurde das Hautproblem bisher behandelt?

Brachte die Behandlung Besserung, wenn auch nur wenig oder für kurze Zeit?

14 1. _____ Dauer der Behandlung _____ Erfolg? ☐ ja ☐ nein
2. _____ Dauer der Behandlung _____ Erfolg? ☐ ja ☐ nein
3. _____ Dauer der Behandlung _____ Erfolg? ☐ ja ☐ nein
4. _____ Dauer der Behandlung _____ Erfolg? ☐ ja ☐ nein
5. _____ Dauer der Behandlung _____ Erfolg? ☐ ja ☐ nein