



**Kleintierpraxis Seeburg**  
Margareta Anna Haager

**Sprechzeiten**  
Mo - Fr 10 - 12 Uhr  
Mo 15 - 20 Uhr  
Di, Do, Fr 15 - 18 Uhr  
und nach Vereinbarung

Engelsfelde 1a  
14624 Dallgow OT Seeburg  
Telefon 033201 50811  
Telefax 033201 50812

## Fragebogen Hauterkrankung

**Besitzername:**..... **seit wann in Besitz:**.....

**Tiername:**..... **Herkunft des Tieres:**

**Rasse:**..... **Züchter**  privat  Tierschutz  sonstige

**Alter des Tieres:**.....

**Geschlecht:**  männlich  weiblich  kastriert

**Bei Katzen: Hat Ihre Katze Freigang?**  ja  nein  
**sind Virustest durchgeführt worden?**  FeLV  FIV  FIP

**Bei unkastrierten Hündinnen: Ist Ihre Hündin regelmäßig läufig?**  ja  nein

**Leben weitere Tiere in Ihrem Haushalt?**  ja  nein

wenn ja, welche? .....

**War Ihr Tier schon einmal im Ausland?**  ja  nein

wenn ja, wo? .....

**Vorstellungsgrund:**.....

**Wie schwerwiegend würden Sie das Hautproblem Ihres Tieres einschätzen?**

leicht  mittel  schwer

**Wie lange besteht das Problem schon?**.....

**War die Hauterkrankung seitdem einmal vollständig verschwunden und Ihr Tier beschwerdefrei?**  ja  nein

**An welchen Stellen des Körpers hat das Problem angefangen?**

Augen  Kinn  Nase  Pfoten  Achseln  Bauch  Rücken  Lefzen  
 Ohren  Hals  Gliedmaßen  Brust  Rumpf  Leisten  Schwanz/After  
 Schwanzansatz  Sonstige.....

**Wie sahen die Veränderungen zu Beginn aus?**  nur Juckreiz  Rötung  Papeln  Pusteln  
 Schuppen  Haarausfall  Sonstiges .....

**Hat es sich ausgebreitet?**  ja  nein

**wenn ja, wohin?**  Augen  Kinn  Nase  Pfoten  Achseln  Bauch  
 Rücken  Lefzen  Ohren  Hals  Gliedmaßen  Brust  Rumpf  
 Leisten  Schwanz/After  Schwanzansatz  Sonstige.....



**- Fragebogen Haut Seite 2 -**

**wenn ja, war die Ausbreitung**

schnell  langsam  gleichmäßig  in Intervallen?

**Hat Ihr Tier Juckreiz? (Kratzen, Beißen, Lecken)**  ja  nein

wenn ja, wie stark:  leicht  mittel  stark

**und an welchen Körperstellen:**

Augen  Kinn  Nase  Pfoten  Achseln  Bauch  Rücken  Lefzen  
 Ohren  Hals  Gliedmaßen  Brust  Rumpf  Leisten  Schwanz/After  
 Schwanzansatz  Sonstige.....

**Hatte Ihr Tier in der Vergangenheit wiederkehrende Ohrentzündungen?**

ja  nein

**Ist die Hauterkrankung zu gewissen Jahreszeiten schlimmer?**

Frühjahr  Sommer  Herbst  Winter  kein Unterschied

**Frühere Hauterkrankungen?.....**

**Sind andere Tiere/Menschen betroffen?.....**

**Hat Ihr Tier noch andere Erkrankungen?.....**

**Allgemeinzustand**

Allgemeinbefinden	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> reduziert	Harnabsatz	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> erhöht
Appetit	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> reduziert	Trinkwassermenge	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> erhöht
Gewichtszunahme	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Kotqualität	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> abnormal
Gewichtsverlust	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Kotabsatzfrequenz	<input type="checkbox"/> 1-2 x am Tag
Kondition	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> reduziert	häufiges Grasfressen	<input type="checkbox"/> seltener <input type="checkbox"/> häufiger
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

**Führen Sie regelmäßig eine Flohprophylaxe durch?**  ja  nein

wenn ja, wie oft?  14-tägig  monatlich  alle 3 Monate  seltener

**und mit welchem Präparat?.....**

**Wird Ihr Tier regelmäßig entwurmt?**  nein  ja

**mit welchem Präparat? .....**

**wann zuletzt?.....**



**Kleintierpraxis Seeburg**  
Margareta Anna Haager

**Sprechzeiten**

Mo - Fr 10 - 12 Uhr  
Mo 15 - 20 Uhr  
Di, Do, Fr 15 - 18 Uhr  
und nach Vereinbarung

Engelsfelde 1a  
14624 Dallgow OT Seeburg  
Telefon 033201 50811  
Telefax 033201 50812

**- Fragebogen Haut Seite 3 -**

**Wird Ihr Tier regelmäßig geimpft?**       nein       ja

wann zuletzt?.....

**Womit füttern Sie Ihr Tier im Augenblick:.....**

**Bekommt es Leckerlies, Kaustangen, etc.:.....**

**Wurde schon eine Futtermittelausschlussdiät durchgeführt?**     ja       nein

wenn ja wie lange? .....

womit? .....

erfolgte die Fütterung ausschließlich?     ja     nein

**Wurde das bestehende Problem bereits behandelt?**     nein       ja

wenn ja, womit:    Shampoo .....

Antibiotika ..... wie lange? .....  
ohne Unterbrechung?     ja       nein

Kortison ..... wie lange?.....

Salben .....

Ohrpräparate .....

andere .....

**Welche Behandlung hatte den größten Erfolg? .....**

**Wird Ihr Tier momentan noch behandelt?**     nein       ja

wenn ja, womit? .....

und wie lange? .....

**Bitte bringen Sie den ausgefüllten Bogen zum vereinbarten Termin in die Praxis mit.**