

Wenn ja, was zeigte sich zuerst Juckreiz oder Hautveränderungen?

Gibt es Unterschiede zwischen

__ Tag/Nacht, welche? _____

__ den Jahreszeiten, welche? _____

__ drinnen/draußen, welche? _____

__ Zuhause/Urlaub, welche? _____

Frühere Hautprobleme Ihres Tieres

Wenn ja, welche? _____

An welchen Stellen? _____

Alter des Tieres bei erstem Auftreten? _____

Haltung / Umgebung / Umfeld Ihres Tieres

Sind bei Ihrem Tier Vorerkrankungen bekannt? _____

Gibt es in Ihrem Haushalt noch weitere Tiere? __ ja, seit wann? _____ / __ nein

Zeigen diese Tiere Hautprobleme? _____

Haben Sie selbst oder Familienmitglieder auch Hautprobleme? Wenn ja, welche?

Sind in der Familie/ bei Verwandten Ihres Tieres Hautprobleme bekannt? Wenn ja, welche?

Hatte Ihr Tier schon mal einen Floh? Wann das letzte Mal?

Wird eine regelmäßige Flohprophylaxe durchgeführt? __ ja/ __ nein

Wenn ja, womit? _____

Werden alle Tiere im Haushalt regelmäßig behandelt? __ ja/ __ nein

Hat/Hatte Ihr Tier bereits schon mal andere Parasiten? __ ja/ __ nein

Wenn ja, welche / wann? _____

War Ihr Tier schon einmal im Ausland? __ ja/ __ nein

Wenn ja, wann / wo? _____

Baden Sie Ihr Tier? __ ja/ __ nein

Wenn ja, wie oft / womit? Haben Sie Veränderungen des Zustandes nach dem Baden festgestellt?

Wurde etwas am Umfeld des Tieres geändert? (Renovierung, Decke/Körbchen neu etc.) __ ja/ __ nein

Wenn ja, was? _____

Fütterung Ihres Tieres

Was füttern Sie Ihrem Tier regelmäßig? (Dose, Trockenfutter, Selbstgekochtes, Fleisch etc.)

Haben Sie in letzter Zeit etwas an der Fütterung geändert? __ ja/ __ nein

Wenn ja, was? _____

Was bekommt Ihr Tier zusätzlich? (Belohnung, Leckerlies, Vitaminpräparate etc.)

Haben Sie bereits einmal eine spezielle Diät gefüttert? Wenn ja welche?

Bisherige Untersuchungen bei einem Tierarzt

	Wann?	Ergebnis?
<input type="checkbox"/> allgemeine Blut-Untersuchung	_____	_____
<input type="checkbox"/> spezielle Blut-Untersuchungen (z.B. Reisekrankheiten, Schilddrüse)	_____	_____
<input type="checkbox"/> Pilzkultur	_____	_____
<input type="checkbox"/> Hautgeschabsel	_____	_____
<input type="checkbox"/> Tupferprobe	_____	_____
<input type="checkbox"/> Biopsie	_____	_____

Bisherige Behandlungen

Bekommt Ihr Hund z.Zt. Medikamente (nicht nur wegen der Haut)?

__ nein/ __ ja, welche? _____ seit wann? _____

Spezielle Hautbehandlungen bisher

Behandlung?	Medikament?	Gezeigte Wirkung?	wann letzte
<input type="checkbox"/> gegen Parasiten	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Ohrenmedikamente	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Shampoos	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Tabletten	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Spritzen	_____	_____	_____

Genauere Symptomenabfrage

Haben Sie irgendeines der folgenden Symptome beobachtet?

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Wunden | <input type="checkbox"/> Krusten | <input type="checkbox"/> Schuppen | <input type="checkbox"/> Haarausfall |
| <input type="checkbox"/> Ausschlag | <input type="checkbox"/> Rötungen | <input type="checkbox"/> Schwitzen | <input type="checkbox"/> tränende Augen |
| <input type="checkbox"/> Fieber | <input type="checkbox"/> Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Schlappeheit | <input type="checkbox"/> Gewichtsverlust |
| <input type="checkbox"/> Erbrechen | <input type="checkbox"/> Durchfall | <input type="checkbox"/> vermehrter Durst | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Gewichtszunahme | | | |
| <input type="checkbox"/> Geruch | <input type="checkbox"/> Ohrenprobleme | <input type="checkbox"/> Appetitzunahme | |

Zeigt Ihr Tier folgendes Verhalten?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> reibt sich das Gesicht | <input type="checkbox"/> leckt/kaut an Pfoten | <input type="checkbox"/> kratzt an den Seiten |
| <input type="checkbox"/> rollt sich auf den Rücken | <input type="checkbox"/> beißt am Rutenbereich | <input type="checkbox"/> leckt am After |
| <input type="checkbox"/> leckt den Bauchbereich | <input type="checkbox"/> niest | <input type="checkbox"/> schnorcht |
| <input type="checkbox"/> keucht | | |

Einschätzung des Juckreizes:

Zur objektiveren Einschätzung des Juckreizes Ihres Tieres schätzen Sie bitte auf der folgenden Skala die Stärke des Juckreizes ein:

Juckreiz 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (bitte ankreuzen)

- | | |
|------|--|
| 0 | kein Juckreiz |
| 1-2 | milder Juckreiz |
| 3-4 | häufiger Juckreiz, aber nicht beim Schlafen, Fressen, Spielen, Spaziergehen o.a. interessanten Tätigkeiten |
| 5-6 | häufiger Juckreiz, wacht teilweise auf, um zu kratzen, juckt sich aber nicht beim Fressen oder Spielen |
| 7-8 | sehr häufiger Juckreiz, wacht teilweise auf, um zu kratzen und juckt sich manchmal beim Fressen oder Spielen |
| 9-10 | juckt sich ununterbrochen, unterbricht das Spielen und Fressen, um sich zu kratzen, schläft wenig |

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