



# Hauttierärztin

Dr. Ursula Mayer Dipl. ECVD

Dr. med. vet. Ursula Mayer Cert.VD, Dipl.ECVD  
Tierärztliche Spezialistin für Allergien,  
Haut- und Ohrenerkrankungen  
Kleintiere und Pferde

## Anamnesebogen Dermatologie

Besitzername und Vorname: .....	
Tel. Nr.: .....	Datum: .....
Anschrift: .....	
<b>IHR TIER</b>	
Name Tier: .....	Geschlecht: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
Tierart/Rasse: .....	<input type="checkbox"/> kastriert
<input type="checkbox"/> bitte senden Sie mir Informationen, den Dermatologie Newsletter per Email, Email: .....	
Unterschrift: .....	
Wie haben Sie von mir gehört: .....	
Wer ist ihr überweisender oder Haustierarzt: .....	
Rücküberweisung an: .....	

## Allgemeine Krankengeschichte

<b>VORSTELLUNGSGRUND:</b>
<b>ERWORBEN von:</b> <input type="checkbox"/> Händler <input type="checkbox"/> Züchter <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> anderes: .....
damaliges Alter: .....
wie war der Lebensstil des Pferdes bevor es bei Ihnen war? .....
<b>VERWENDUNG:</b> <input type="checkbox"/> Freizeit <input type="checkbox"/> Tunierpferd <input type="checkbox"/> Zuchttier <input type="checkbox"/> Sonstiges: .....
Wie wird das Pferd gearbeitet: .....
<b>LEBENSSTIL:</b> <input type="checkbox"/> Box <input type="checkbox"/> Padock <input type="checkbox"/> Offenstall <input type="checkbox"/> Weide <input type="checkbox"/> Sonstiges: .....
<b>Einstreu:</b> <input type="checkbox"/> Stroh <input type="checkbox"/> Späne <input type="checkbox"/> Sonstiges: .....
Bodenbelag (Auslauf, Platz): .....
Prozent täglicher Zeit Innen/ Draußen:    / .....
<b>Decke:</b> <input type="checkbox"/> Stall <input type="checkbox"/> Regen <input type="checkbox"/> sonstiges: .....
Pflegeprodukte: .....
<b>Putzzeug:</b> <input type="checkbox"/> eigenes <input type="checkbox"/> geteilt mit anderen <input type="checkbox"/> sonstiges: .....
<b>Sattel/Zaumzeug:</b> <input type="checkbox"/> eigenes <input type="checkbox"/> geteilt mit anderen <input type="checkbox"/> sonstiges: .....
Pflege Sattel/Zaumzeug? .....
<b>FUTTER:</b> <input type="checkbox"/> Heu <input type="checkbox"/> Hafer <input type="checkbox"/> Müsli: <input type="checkbox"/> Weide <input type="checkbox"/> sonstiges (Leckerli/Vitamine/Zusätze): .....
Futterumstellungen: .....

## KONTAKT

zu anderen Pferden: \_\_\_\_\_

Hauterkrankungen bei diesen:  Ja  Nein \_\_\_\_\_

zu anderen Tierarten (Rinder, Hühner..): \_\_\_\_\_

Hauterkrankungen bei diesen:  Ja  Nein \_\_\_\_\_

Kontaktpersonen mit Hauterkrankungen:  Ja  Nein \_\_\_\_\_

Sind neue Tiere in den Stall gekommen? Wann genau? \_\_\_\_\_

War ihr Pferd kürzlich in einem anderen Stall, auf einem Turnier o.ä.?: Wann genau? \_\_\_\_\_

## ALLGEMEINE GESUNDHEIT:

Gewichtsänderung \_\_\_\_\_

Geändertes Trinkverhalten \_\_\_\_\_

Leistungsschwäche \_\_\_\_\_

Geändertes Harnverhalten \_\_\_\_\_

Veränderter Appetit \_\_\_\_\_

Husten/Niesen \_\_\_\_\_

Verhaltensänderung \_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_

## KRANKENGESCHICHTE:

Bisherige Erkrankungen/Operationen \_\_\_\_\_

Vorherige Hauterkrankungen (ohne Bezug zu dieser) \_\_\_\_\_

Auslandsaufenthalte: \_\_\_\_\_

Zyklus/Trächtigkeiten/Zucht: \_\_\_\_\_

Impfung/letzte:  Tetanus

Influenza

EHV1/4 \_\_\_\_\_

Entwurmung (Art, Datum): \_\_\_\_\_

:

Insektenschutz (Art, Datum): \_\_\_\_\_

## Krankengeschichte des Hautproblemes

Beginn der Beschwerden: \_\_\_\_\_ Wie alt war das Tier damals: \_\_\_\_\_

Was war das erste was Ihnen aufgefallen ist: \_\_\_\_\_

Welche HAUTVERÄNDERUNGEN waren anfangs zu bemerken?

Rötung

Krusten

Pickel

Schuppen

Haarlosigkeit

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Welche Körperregionen waren anfangs betroffen?

Gesicht

Hufe

Flanken

Maul

Beine

Rücken

Ohren

Bauch

Hintern

Hals

Brustkorb

Schweif

Mähne

Widerrist

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**JUCKREIZ: Hat ihr Pferd vermehrt**

gekratzt    geschubbert    gestampft, ausgekeilt    geknabbert  
 Kopf geschlagen    Schweif geschlagen    Sonstiges .....

**Was ist Ihnen zuerst aufgefallen?**

Juckreiz    Hautveränderungen    beides

**An welchen Stellen juckt es hauptsächlich:**

Gesicht    Hufe    Flanken  
 Maul    Beine    Rücken  
 Ohren    Unterbauch    Hintern  
 Hals    seitl. Brustkorb    Schweif  
 Mähne    Widerrist    Sonstiges: .....

**Welche Ausprägung hatte der Juckreiz auf einer Skala von 0 (kein JR)-10 (juckt ständig) \_\_\_/10**

**Zeigt ihr Pferd auf Berührung Schmerz?**    Ja    Nein .....

**Wie war der VERLAUF der Hautkrankheit?**

Zunehmend    Langsam    Wechselhaft  
 Abnehmend    Schnell    Kontinuierlich

**Wird das Problem zu einer bestimmten Jahreszeit schlimmer?**

Frühjahr    Sommer  
 Herbst    Winter

**Wird das Problem in einer anderen Umgebung (z.B. Alm, Umzug, Turnier)**

besser    schlechter .....

**Sind ähnliche Problem bei verwandten Tieren bekannt?**    Ja    Nein .....

**MEDIKAMENTE**

**Welche Medikamente hat das Tier bereits erhalten (Wirkstoff, Dosis, Präparat)?**

Antibiotika ..... geholfen: Ja , Nein   
 Kortison ..... geholfen: Ja , Nein   
 Shampoo ..... geholfen: Ja , Nein   
 Salbe ..... geholfen: Ja , Nein   
 gegen Pilze ..... geholfen: Ja , Nein   
 Sonstiges (Antihistaminika, Fettsäuren..) ..... geholfen: Ja , Nein

**Was davon hat am besten geholfen?** .....

**Welche Medikamente bekommt Ihr Tier zum jetzigen Zeitpunkt:** .....

**Gibt es noch etwas, das Ihnen im Zusammenhang mit der Erkrankung wichtig ersieht?** .....

**Befunde bisheriger Untersuchungen (z.B. Blut-, Hautuntersuchungen, Allergietest) bitte mitbringen; Optimal ist ein Überweisungsschreiben vom Haustierarzt**