

## Anamnese – Bogen

Besitzer \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
Tiername \_\_\_\_\_  
Tierart / Tierrasse \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Geschlecht \_\_\_\_\_  
kastriert     nein             ja seit wann? \_\_\_\_\_

### Allgemein:

1. Herkunft des Tieres:
2. Seit wann ist das Tier in Ihrem Besitz?
3. Bekommt Ihr Tier regelmäßig Medikamente?
4. Besteht eine Überempfindlichkeit gegen ein Medikament?
5. Parasitenprophylaxe    Flöhe             nein     ja welche  
  Zecken             nein     ja welche  
  Würmer             nein     ja welche

6. Was sind die Hauptbeschwerden?

7. Wann und wie oft treten die Beschwerden auf?

8. Besteht zeitweilig eine völlig / weites gehende Beschwerdefreiheit?

- |   |                                       |  |
|---|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> an der See     | <input type="checkbox"/> im Urlaub    | <input type="checkbox"/> am Wochenende |
| <input type="checkbox"/> im Hochgebirge | <input type="checkbox"/> im Sommer    | <input type="checkbox"/> im Winter     |
| <input type="checkbox"/> NEIN           | <input type="checkbox"/> KEINE AHNUNG |  |

9. Sind Elterntiere oder Wurfgeschwister betroffen?  nein  ja  
Wenn ja, welche?

10. Sind Kontaktiere oder Menschen betroffen?  nein  ja  
Wenn ja, welche?

11. In welcher Umgebung hält sich das Tier auf? –hauptsächlich-

- |                                    |                                     |  |
|------------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Großstadt | <input type="checkbox"/> Kleinstadt | <input type="checkbox"/> Dorf          |
| <input type="checkbox"/> Wiese     | <input type="checkbox"/> Wald       | <input type="checkbox"/> Park / Garten |

12. In welcher Umgebung hält sich das Tier auf? –Wohnbereich-

- |                                     |                                      |
|-------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> altes Haus | <input type="checkbox"/> neues Haus  |
| <input type="checkbox"/> Fliesen    | <input type="checkbox"/> Zwinger     |
| <input type="checkbox"/> Laminat    | <input type="checkbox"/> Decken      |
| <input type="checkbox"/> Holzdielen | <input type="checkbox"/> Heu / Stroh |

13. Wird in der Wohnung geraucht?             nein       ja

14. bisherige Diagnosen

15. Wurde bereits ein Allergietest durchgeführt?       nein       ja  
Wenn ja:     Bluttest             Hauttest

16. Vorbehandlungen

### **Respiratorische Symptome:**

- |    |               |  |                            |
|----|---------------|--|----------------------------|
| 1. | Niesen        | <input type="radio"/> ja               | <input type="radio"/> nein |
| 2. | Husten        | <input type="radio"/> ja               | <input type="radio"/> nein |
| 3. | Auswurf       | <input type="radio"/> ja               | <input type="radio"/> nein |
|    |               | <input type="radio"/> wenig            |                            |
|    |               | <input type="radio"/> reichlich        |                            |
|    |               | <input type="radio"/> viel             |                            |
|    |               | <input type="radio"/> weißlich-zäh     |                            |
|    |               | <input type="radio"/> gelblich-grün    |                            |
|    |               | <input type="radio"/> blutig-bräunlich |                            |
| 4. | Atemnot       | <input type="radio"/> ja               | <input type="radio"/> nein |
| 5. | Schnaufen     | <input type="radio"/> ja               | <input type="radio"/> nein |
| 6. | Nasenausfluss | <input type="radio"/> ja               | <input type="radio"/> nein |

- beidseitig  
 einseitig rechts  
 einseitig links  
 klar  
 anfallsartig
- eitrig  
 wässrig  
 ständig  
 zäh
- wann \_\_\_\_\_

7. Treten Beschwerden bei intensiven Gerüchen, Dämpfen, Staub oder anderen Atemwegsreizen auf?

8. Besonderheiten im Verhalten?  
(z.B. legt sich auf den Bauch beim Husten)

### Haarkleid / Haut

1. War das Tier beim Kauf komplett behaart?  ja  nein

2. Gabe es Auffälligkeiten bei den bisherigen Haarwechseln?

nein  ja

Wenn ja, welche?

3. Haart das Tier vermehrt oder hat es kahle Stellen?

4. Wann und wo begann der Haarverlust?

5. Wie breitete sich der Haarverlust am Körper aus?
6. Gibt es saisonale Schwankungen?
7. Wie verlief / verläuft der Haarausfall? (schnell oder langsam)?
8. Ist Juckreiz vorhanden?  ja  nein  
 Wenn ja: War erst eine Veränderung der Haut oder erst der Juckreiz vorhanden?
9. Wie ist das Haarkleid?  stumpf  ja  O nein  
 fettig  ja  O nein  
 schuppig  ja  O nein
11. Wie ist die Haut?  gerötet  ja  O nein  
 Trocken  ja  O nein  
 feucht  ja  O nein  
 vermehrt warm  ja  O nein  
 geschwollen  ja  O nein

### **Magen-Darm-Trakt:**

1. Appetit  O normal  O vermindert  O vermehrt

2. Durst                     normal     vermindert     vermehrt
3. Kotabsatz:
- Häufigkeit
  - Konsistenz
- normal                     steinhart                     schleimig
- breiig                     blutig                     wässrig
- sonst
4. Erbrechen             ja             nein  
Wenn ja: Was wird erbrochen und wann?
5. Was wird gefüttert und wie häufig?

### **Sexualität:**

1. Zyklusprobleme             ja             nein
2. Libido                     normal     verringert             verstärkt
3. Wurde die Höhe der Sexualhormone im Blut bestimmt (Labor)?
4. Besonderheiten der äußeren Geschlechtorgane  
(Hodensack, Penis, Scheide, Gesäuge...)

5. Besonderheiten im Verhalten?

**Verhalten**

1. Veränderungen     nein                       ja seit \_\_\_\_\_

2. Wie hat sich das Verhalten geändert?

ruhiger

aktiver

unruhiger / nervöser

schläft mehr

anhänglicher

distanzierter

sonst

**Platz für Anmerkungen vom Besitzer**