

# CATMEDICUM

Verhaltenstherapie & mobile Tierheilpraxis  
Katerina Mirus

## HAUTERKRANKUNGEN - ALLERGIEN - UNVERTRÄGLICHKEITEN

In der Humanmedizin wird der Patient nach seiner Vorgeschichte in Bezug auf seine Beschwerden befragt. Da ich die Tiere selbst nicht befragen kann, sind die Angaben, die Sie mir als Tierhalter machen, entscheidend, um mögliche Ursachen zu ermitteln, zu einer Diagnose, einer Behandlung oder Therapie zu kommen.

**Selbstverständlich werden alle Angaben vertraulich behandelt.**

### Ihre Kontaktdaten

Name und Vorname : \_\_\_\_\_

Straße/Haus-Nr. ....

Postleitzahl/Stadt .....

Telefon: .....Mobil:..... E-Mail:.....

### Der Patient 🐾

Name des Tieres : \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_

Rasse: \_\_\_\_\_ Herkunftsland: \_\_\_\_\_

Geschlecht: \_\_\_\_\_ Kastriert? \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

Charakter (auch Marotten) \_\_\_\_\_

**Datum, bzw. Alter des ersten Auftretens:** \_\_\_\_\_

**Wo begann die Erkrankung (Körperteile)?** \_\_\_\_\_

### **Wie sahen die Veränderungen zu Beginn aus?**

Wunde/offene Stellen       gerötete Stellen       eitrige Pusteln       Haarausfall  
 rote Hauterhebungen       Quaddeln       Pfoten lecken       Sonstiges \_\_\_\_\_

**Hat sich das Problem verändert oder ausgeweitet?** \_\_\_\_\_

Treten in der Verwandtschaft Ihres Tieres Hautprobleme auf? \_\_\_\_\_

Treten bei einer Person in Ihrem Haushalt Hautprobleme/ Allergien auf? \_\_\_\_\_

### **Wann verschlimmern sich die Symptome?**

🌸 Frühling     ☀️ Sommer     🍁 Herbst     ❄️ Winter     Ganzjährig     Nichtspezifisch

Was führt zu einer Verschlimmerung ? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wodurch werden die Symptome schwächer? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Verschlimmern sich die Symptome nach Baden oder werden sie schwächer?** \_\_\_\_\_

**Wie oft wird Ihr Tier gebadet?**     wöchentlich     alle 2 Wochen     monatlich     selten

Welches Shampoo wird genutzt \_\_\_\_\_

**Reagiert ihr Tier auf Lebensmittel?**

nein                     ist nicht bekannt

ja ..... auf welche ? \_\_\_\_\_

**Allergien gegen Medikamente?**

nein     ist nicht bekannt

ja        Auf welche? \_\_\_\_\_

Sind andere Allergien bekannt ? \_\_\_\_\_

Besteht eine Überempfindlichkeit gegen Insektenstiche (Biene, Zecken)? \_\_\_\_\_

**Besitzen Sie noch andere Tiere?**

nein

ja     Katzen.     Hunde     Vögel     Nager     Sonstige \_\_\_\_\_

Hat jemand im Haushalt Kontakt zu anderen Tieren ? \_\_\_\_\_

## **ERNÄHRUNG**

Was wird gefüttert? (Marke) \_\_\_\_\_

Zusammensetzung : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wie Oft und wieviel? \_\_\_\_\_

Zusätze (Öle, Flocken, Mineralien) \_\_\_\_\_

Leckerlies \_\_\_\_\_

Kaustangen/ Trockenohren und Co \_\_\_\_\_

Was gibt es vom „Tisch“ \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hat ihr Hund/Katze manchmal **seltsamen Appetit?** (Kot, Socken, Unterhose) \_\_\_\_\_

Zu welche Ernährungsweise sind Sie bereit?

BARF       selbst Kochen       Nassfutter       Trockenfutter

**Welche Fleischsorten kennt Ihr Hund schon?**

Rind 🍖     Büffel 🐃     Ziege 🐐     Schaf 🐏     Huhn 🐔     Pute 🦃     Kaninchen 🐰  
 Känguru 🦘     Pferd 🐎     Strauß 🦩     Hirsch/ Reh 🦌     Insekten 🐛

### HALTUNGSBEDINGUNGEN

**Spaziergänge**

Wie oft : \_\_\_\_\_

Dauer : \_\_\_\_\_

Welche Umgebung (Wald, Park, Felder, Stadt) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Gibt es Garten? \_\_\_\_\_

Trinkt er/sie auch mal aus Pfützen? \_\_\_\_\_

**Beschäftigung**

Hundesport \_\_\_\_\_

Clicker     Intelligenzspiele/ Nasenarbeit \_\_\_\_\_

Spielen (womit) \_\_\_\_\_

Sonstiges \_\_\_\_\_

Alltag       ruhig.       hektisch       Manchmal stressig       aktiv

Viel Kontakt mit Kindern ? .....

**Ruhe Möglichkeiten**

Darf Ihr Hund ins Bett? : \_\_\_\_\_

Wieviele Körbchen, Liegeplätze sind vorhanden : \_\_\_\_\_

Sind alle Körbchen auf 60 C waschbar oder abwaschbar? \_\_\_\_\_

Wieviele Stunden am Tag ruht er/ sie sich aus? \_\_\_\_\_

**Umgebung (Wohnungsbeschaffenheit)**

Gardinen, Vorhänge \_\_\_\_\_

Teppiche \_\_\_\_\_

Polstermöbel, Kissen \_\_\_\_\_

Stoffspielsachen \_\_\_\_\_

Womit wird geputzt und gewaschen (Geräte, Weichspüler, Putzmitteln) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wird in der Wohnung geraucht? \_\_\_\_\_

Benutzen Sie Raumsprays/ Raumdufte? \_\_\_\_\_

Aus welchem Material ist der Wasser- und Futternapf? \_\_\_\_\_

Wie oft und womit werden die gereinigt? \_\_\_\_\_

**BEHANDLUNGEN**

**Aktuelle Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Vorerkrankungen:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Welche Untersuchungen wurden schon unternommen, Datum und Ergebnisse

**Blutuntersuchung** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Schilddrüsenuntersuchung** \_\_\_\_\_

**Kotuntersuchung**  **Parasiten**  **Dysbiose** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Felluntersuchung** \_\_\_\_\_

**Hautgeschabsel** \_\_\_\_\_

- Hautbiopsie \_\_\_\_\_
- Pilzkultur \_\_\_\_\_
- RTG/ Ultraschall \_\_\_\_\_
- Allergietest. \_\_\_\_\_
- Sonstiges \_\_\_\_\_

**HAUTVERÄNDERUNGEN - genaue Stellen, Größe, Aussehen, Form, Farbe**

**Verteilung:**

- Gesicht/ Augen .....
- Lippen.....
- Schnauze .....
- Kinn.....
- Pfoten.....
- Achselhöhlen.....
- Geschlechtsorgane .....
- Bauch.....
- Rücken .....
- Flanken.....
- Schwanz.....
- Sonstiges .....

Sind die Hautveränderungen und Beschwerden einmal vollständig verschwunden \_\_\_\_\_

**Geruch**

- stinkend     scharf.     süßlich.     urämisch     faulig.     ohne Geruch

**Beschwerden:**

- |  |                                 |                                 |
|--|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="radio"/> Blähungen          | <input type="radio"/> Aufstoßen | <input type="radio"/> Schmatzen |
| <input type="radio"/> Kratzen, Scheuern. | <input type="radio"/> Lecken.   | <input type="radio"/> Beißen    |

- Pruritus (Juckreiz)
  - geringer Juckreiz** (gelegentliches Kratzen oder Lecken)
  - mittelgradiger Juckreiz** (Kratzen mehrmals am Tag, häufiges Belecken)
  - hochgradiger Juckreiz** (das Tier kommt kaum zur Ruhe, kratzt sich auch während Spaziergängen oder lässt sich nicht ablenken)

Zu welcher Tageszeit ist der Juckreiz am stärksten ausgeprägt?

- Morgens                     
  Mittags                     
  Nachmittags/ Abends                     
  Nachts

**durch Speichel verfärbte Stellen**

Wo?: \_\_\_\_\_

**Haarverlust**

Wo?: \_\_\_\_\_

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="radio"/> Entzündungen                       | <input type="radio"/> Augenausfluss.         | <input type="radio"/> Nasenausfluss                                 |
| <input type="radio"/> Atembeschwerden                    | <input type="radio"/> Niesen                 | <input type="radio"/> Husten  |
| <input type="radio"/> Ohrenentzündungen                  | <input type="radio"/> Analbeutelentzündungen | <input type="radio"/> Fieber  |
| <input type="radio"/> vermehrtes Trinken.                | <input type="radio"/> vermehrest Fressen.    | <input type="radio"/> Appetitlosigkeit                              |
| <input type="radio"/> Abgeschlagenheit/ Bewegungsunlust. |  | <input type="radio"/> Zunahme von Aggression/<br>vermehrtes Knurren |
| <input type="radio"/> Übelkeit                           | <input type="radio"/> Erbrechen              | <input type="radio"/> Schmatzen, Aufstoßen                          |
| <input type="radio"/> Gewichtsverlust                    | <input type="radio"/> Gewichtszunahme        |   |

**Kotabsatz**

Häufigkeit .....

Farbe - Geruch Abweichungen .....

Durchfall .....

weiches Kot .....

Schleimiges Kot.                     
  Blut im Kot

**Welche Therapien wurden unternommen und mit welchem Ergebnis?  
wann (Datum), Dauer ? Gabs Verbesserung ?**

Kortison/ Prednisolon \_\_\_\_\_

Apoquel \_\_\_\_\_

Cyclosporin \_\_\_\_\_

Cytopoint \_\_\_\_\_

- O Antibiotika \_\_\_\_\_
- O Antimycotika \_\_\_\_\_
- O Antiparasitika \_\_\_\_\_
- O Shampoo (Marke?) \_\_\_\_\_
- O Ohrentropfen \_\_\_\_\_
- O Augentropfen \_\_\_\_\_
- O Desensibilisierung \_\_\_\_\_
- O Sonstiges \_\_\_\_\_

### **Eliminationsdiät**

- Gab es kürzlich eine Futterumstellung? \_\_\_\_\_
- Falls ja, mit welchen Zutaten? \_\_\_\_\_
- Bei Fertigfutter, die Marke: \_\_\_\_\_
- Für wie lange? \_\_\_\_\_
- Erfolg? \_\_\_\_\_

### **Prophylaxe**

- Wann ist Ihr Tier zum letzten Mal geimpft worden? \_\_\_\_\_
- Wann ist Ihr Tier zum letzten Mal entwurmt worden? \_\_\_\_\_
- Wann sahen Sie zum letzten Mal Flöhe? \_\_\_\_\_
- Welche Art von Flohbekämpfung führen Sie durch? \_\_\_\_\_
- Hat ihr Tier ab und zu Zecken? \_\_\_\_\_
- Entzünden sich die Bisse? \_\_\_\_\_
- Welche Art von Zeckenschutz benutzen Sie? \_\_\_\_\_
- Hat/hatte ihr Haustier Würmer, wann und welche ? \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- Fahren Sie mit ihrem Hund auch ins Ausland, (wohin) ? \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

## Haltungsverbesserung/ Änderungen seit der Erkrankung

---

---

---

## Naturheilkunde (Mittel, Dosierung , Dauer, Ergebnis)

Kolloidales Silber \_\_\_\_\_

Salben/ Lotionen \_\_\_\_\_

Antikeimlösungen \_\_\_\_\_

Umschläge \_\_\_\_\_

Waschungen/ Bäder \_\_\_\_\_

Akupunktur \_\_\_\_\_

Bioresonanz \_\_\_\_\_

---

Darmsanierung \_\_\_\_\_

Heilpilze (Welche?) \_\_\_\_\_

---

Homöopathie (Mittel, Potenzen) \_\_\_\_\_

---

Essenzielle Fettsäuren \_\_\_\_\_

---

Kräuter/ Phytotherapie \_\_\_\_\_

---

Bach-/Buschblüten \_\_\_\_\_

---

Aromatherapie \_\_\_\_\_

---

O Schüßler Salze \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

O Nahrungsergänzungsmittel \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

O Sonstiges \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Datum** \_\_\_\_\_

**Unterschrift** \_\_\_\_\_

VIELEN DANK

Diesen Fragebogen bitte ausgefüllt zum Untersuchungstermin mitbringen.  
Ebenso bitte alle bisherigen Befunde - Blut, Kot, Urin, Ultraschall .....