

Tierdermatologie Deisenhofen: Klinische Beratung



Probenentnahme an _____
Einsender (Praxisstempel) _____

Tiername _____ Besitzername _____
Hund ___ Katze ___ Pferd ___ Sonst _____
Rasse _____ Alter _____
W ___ WK ___ M ___ MK ___

Telephone _____ Fax _____
e-mail _____

Derzeitigen Problem:

Anamnese:

Beginn der Dermatose _____
Wie sehen die frühen Läsionen aus? _____
Systemische Krankheiten? ___nein___ja weitere Info: _____
Frühere Haut / Ohrenproblemen? ___nein___ja weitere Info: _____
Andere Tiere oder Menschen betroffen? ___nein___ja weitere Info: _____

Verteilung und Typ der Läsionen:

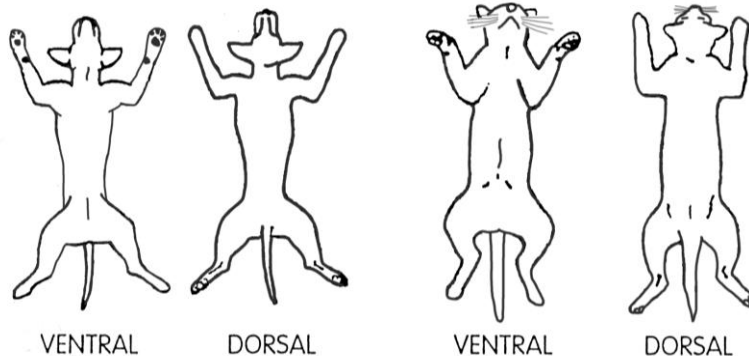
Symmetrisch? ___nein___ja

Juckreiz? ___nein___ja **Saisonalität** ___nein___ja
Grad -bitte ankreuzen: (gering) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (hoch)

Lokalisierung:

Gesicht ___ Pfoten ___ Rumpf ___ Abdomen ___ Halz ___
Ohren ___ Beine ___ Schwanz ___ Flanken ___ Fussballen ___

Ankreuzen Biopsie Stelle:



VENTRAL

DORSAL

VENTRAL

DORSAL

Bitte vorhandene Läsionen ankreuzen:

- | | |
|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Alopezie | <input type="checkbox"/> Makula |
| <input type="checkbox"/> Depigmentierung | <input type="checkbox"/> Narben |
| <input type="checkbox"/> Epidermal collaretten | <input type="checkbox"/> Papeln |
| <input type="checkbox"/> Erosion | <input type="checkbox"/> Plaque |
| <input type="checkbox"/> Erythem | <input type="checkbox"/> Pustel |
| <input type="checkbox"/> Exkoration | <input type="checkbox"/> Schuppen |
| <input type="checkbox"/> Hyperpigmentierung | <input type="checkbox"/> Ulzera |
| <input type="checkbox"/> Kallus | <input type="checkbox"/> Vesikel |
| <input type="checkbox"/> Komedo | |
| <input type="checkbox"/> Knötchen | <input type="checkbox"/> Sonstige |
| <input type="checkbox"/> Krusten | _____ |
| <input type="checkbox"/> Lichenifikation | _____ |
| <input type="checkbox"/> Krallenveränderungen | _____ |

Frühere diagnostische Testen (wenn nötig, bitte die Resultaten anlagen):

Hautgeschabsel	___nein___ja _____	Serumallergietest	___nein___ja _____
Zytologie	___nein___ja _____	Blutbild, Blutchemie	___nein___ja _____
Bakterielle Kultur	___nein___ja _____	Schilddrüsen bewertung	___nein___ja _____
Pilz culture	___nein___ja _____	Hyperkortizismus Bewertung	___nein___ja _____
Elimination diät	___nein___ja _____	Biopsie	___nein___ja _____
Wood'sche Lampe	___nein___ja _____	Sonstige	_____

Frühere Therapie:

Wenn ja, bitte weiter:

Antibiotika*	___nein___ja	Typ _____	Besserung? _____%
Glukokortikoid	___nein___ja	Typ _____	Besserung? _____%
Shampoo therapie	___nein___ja	Typ _____	Besserung? _____%
Flohbehandlung	___nein___ja	Typ _____	Besserung? _____%
Räudetherapie	___nein___ja	Typ _____	Besserung? _____%
Sonst	_____		

*AB: Keine Besserung oder Remission der Läsionen mit Therapie und Rezidiv nach Therapieende? _____

Listen Sie Ihre klinischen Differentialdiagnosen (kritisch!!!!): _____

