

Anamnesebogen Augenuntersuchung Hund

Nachname Besitzer:

Tiername:

Aus welchem Grund sind Sie vorstellig ?

Seit wann sind die Symptome aufgetreten / aufgefallen ?

Welche Seite macht Probleme ? (Einseitig oder beidseits)

Rechts

Links



Symptome

Kneifen

Ja

Nein

Reiben

Tränen

Ausfluss (eitrig, blutig, etc.)

Ist ein Trauma / eine Ursache bekannt ?

Wenn ja, welches ?

Bitte Blatt wenden ->

| | Ja | Nein |
|-----------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Ist das Auge vorbehandelt ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Namen der Medikamente _____

| | | |
|------------|-----------------------|-----------------------|
| Augensalbe | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|------------|-----------------------|-----------------------|

| | | |
|--------------|-----------------------|-----------------------|
| Augentropfen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|--------------|-----------------------|-----------------------|

Wie oft erfolgte die Augentropfen / Augensalben Gabe? ___ x täglich

| | Ja | Nein |
|---------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Sind andere Tiere im Haushalt ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| | | |
|---------------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Haben diese Tiere ähnliche Probleme ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|---------------------------------------|-----------------------|-----------------------|

| | | |
|------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Hat Ihr Tier eine Allergie ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|------------------------------|-----------------------|-----------------------|

| | | |
|----------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Kommt Ihr Tier aus dem Ausland ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|----------------------------------|-----------------------|-----------------------|

Wenn ja, woher ? _____

| | | |
|---------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Liegen Laborbefunde vor ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|---------------------------|-----------------------|-----------------------|

(Abstrich Bakterien, Reiseprofil,...)

Wie ist der Allgemeinzustand Ihres Tieres ? _____

| | | |
|--|-----------------------|-----------------------|
| Bekommt Ihr Tier dauerhaft Medikamente ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|--|-----------------------|-----------------------|

Wenn ja, welche ? (Dosierung ?) _____