

## Anamnesebogen Augenuntersuchung Katze

**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**



|                 |  | <b>Ja</b>             | <b>Nein</b>           |
|-----------------|--|-----------------------|-----------------------|
| <b>Symptome</b> | <b>Kneifen</b>                         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|                 | <b>Reiben</b>                          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|                 | <b>Tränen</b>                          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|                 | <b>Ausfluss (eitrig, blutig, etc.)</b> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**Ist ein Trauma / eine Ursache bekannt ?**

**Wenn ja, welches ?**

---

**Bitte Blatt wenden ->**

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

**Namen der Medikamente** \_\_\_\_\_

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

**Wie oft erfolgte die Augentropfen / Augensalben Gabe?** \_\_\_  täglich

|   | Ja                    | Nein                  |
|---|-----------------------|-----------------------|
| <b>Ist die Katze Freigänger ?</b>                               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <b>Sind andere Tiere im Haushalt ?</b>                          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <b>Haben diese Tiere ähnliche Probleme ?</b>                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <b>Hat Ihr Tier eine Allergie ?</b>                             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <b>Ist Ihr Tier gegen geimpft ?</b><br><b>(Katzenschnupfen)</b> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**Liegen Laborbefunde vor ?** \_\_\_   
**(Abstrich Bakterien, Augenabstrich,...)**

**Wie ist der Allgemeinzustand Ihres Tieres ?** \_\_\_\_\_

**Bekommt Ihr Tier dauerhaft Medikamente ?** \_\_\_

**Wenn ja, welche ? (Dosierung ?)** \_\_\_\_\_