

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



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

Ist ein Trauma / eine Ursache bekannt ? Ja Nein

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
Ist die Katze Freigänger ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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"/>
------------------------------	-----------------------	-----------------------

Ist Ihr Tier gegen geimpft ? (Katzenschnupfen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
---	-----------------------	-----------------------

Liegen Laborbefunde vor ? (Abstrich Bakterien, Augenabstrich,...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
--	-----------------------	-----------------------

Wie ist der Allgemeinzustand Ihres Tieres ? _____

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

Wenn ja, welche ? (Dosierung ?) _____