**Anamnesebogen Augenuntersuchung Katze**

**Nachname Besitzer: Tiername: ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Seit wann sind die Symptome aufgetreten / aufgefallen ?**

**Welche Symptome sind Ihnen aufgefallen -> Beschreibung ? Vorstellungsgrund ?**

(z.B. Rötung / Schwellung / Zubildung / farbliche Veränderung,…)

**­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Welche Seite macht Probleme ? (Einseitig oder beidseits)**

**Rechts o Links o**

**** Bitte kreuzen Sie Ja oder Nein an

**Ja Nein**

**Symptome Kneifen o o**

 **Reiben o o**

 **Tränen o o**

 **Ausfluss (eitrig) o o**

 **Ausfluss (schleimig) o o**

**Ausfluss (blutig) o o**

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

**Wenn ja, welches ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Bitte Blatt wenden ->**

 **Ja Nein**

**Ist das Auge vorbehandelt ? o o**

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

**Augensalbe o o**

**Augentropfen o o**

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

 **Ja Nein**

**Ist die Katze Freigänger ? o o**

**Sind andere Katzen im Haushalt ? o o**

**Haben diese Tiere ähnliche Probleme ? o o**

**Gibt es einen Katzen- Neuzugang ? o o**

**Hat Ihr Tier eine Allergie ? o o**

**Ist Ihr Tier gegen geimpft ? (Katzenschnupfen) o o**

**Liegen Laborbefunde vor ? o o**

**(Abstrich Bakterien, Augenabstrich,…)**

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

**Hat Ihr Tier einen allgemeine Grunderkrankung ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Bekommt Ihr Tier dauerhaft Medikamente ? o o**

Bitte schreiben Sie uns die Namen und die Dosierung auf **­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**