

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

Links



Bitte kreuzen Sie Ja oder Nein an

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

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 |
|--|----|------|
|--|----|------|

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

| | | |
|---|-----------------------|-----------------------|
| Sind andere Katzen im Haushalt ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|---|-----------------------|-----------------------|

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

| | | |
|--|-----------------------|-----------------------|
| Gibt es einen Katzen- Neuzugang ? | <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 ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|----------------------------------|-----------------------|-----------------------|

(Abstrich Bakterien, Augenabstrich,...)

Wie ist der Allgemeinzustand Ihres Tieres ? _____

Hat Ihr Tier einen allgemeine Grunderkrankung ? _____

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

Bitte schreiben Sie uns die Namen und die Dosierung auf
