



Anamnesebogen Augenuntersuchung Heimtiere

(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Angaben zum Besitzer/Überbringer:

Name des Besitzers

Name des Tieres

Gewicht

Seit wann sind die Symptome aufgetreten / aufgefallen?

Welche Symptome sind Ihnen aufgefallen? Bitte Beschreibung und Vorstellungsgrund nennen

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

Welche Seite macht Probleme? (Einseitig oder beidseits?)

Rechts



Links

Symptome

(Bitte kreuzen Sie "Ja" oder "Nein" an)

Kneifen Ja Nein

Reiben Ja Nein

Tränen Ja Nein

Ausfluss (eitrig) Ja Nein

Ausfluss (schleimig) Ja Nein

Ausfluss (blutig) Ja Nein

Ist ein Trauma / eine Ursache bekannt? Ja Nein

Wenn ja, welches?

Ist das Auge vorbehandelt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, mit welchem Augenmedikament?	<input type="text"/>	
Augensalbe	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Augentropfen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wie oft erfolgte die Gabe der Augentropfen / Augensalbe	<input type="text"/> x täglich	
Wurden die Symptome mit der Therapie besser?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sind andere Tiere im Haushalt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben diese Tiere ähnliche Probleme?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ist Ihr Tier geimpft? (RHD, Myxomatose)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Liegen bereits Laborbefunde vor? (Abstrich Bakterien,..)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wie ist der Allgemeinzustand Ihres Tieres?	<input type="text"/>	
Hat Ihr Tier eine allgemeine Grunderkrankung? (Zahnprobleme)	<input type="text"/>	
Bekommt Ihr Tier dauerhaft Medikamente?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Bitte Name des Medikaments und Dosierung aufschreiben	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	