



ANAMNESEBOGEN AUGERSTUNTERSUCHUNG

Termin: _____

TIERHALTER: (Name/Vorname): _____

TIERNAME : _____

TIERART/RASSE: _____

ALTER: _____ **GEWICHT (aktuell):** _____ **GESCHLECHT:** M: W: **Kastriert:**

ÜBERWEISENDER TIERARZT/IN:

RÜCKÜBERWEISUNG ERWÜNSCHT:

Ja

Nein

VORUNTERSUCHUNGEN: (falls vorhanden)

Blutuntersuchungen/Ergebnisse: _____

Röntgenbilder/Ultraschall/CT/MRT: _____

Bakteriologische Untersuchungen: _____

ALLGEMEINES:

Impfung: _____

Entwurmung: _____

Parasitenschutz: _____

Vorerkrankungen: _____

Allergien/Unverträglichkeiten: _____

Auslandsaufenthalt , wenn ja wo: _____

Partnertiere (ja/nein): _____

Krankheitssymptome: _____

Seit wann: _____

Medikamente (aktuell/Dauermedikament): _____



ALLGEMEINBEFINDEN:

Unverändert: Eingeschränkt: Apathisch: Schläfrig:

Weiteres: _____

RECHTES AUGE:

LINKES AUGE:

(Intensität +/++/+++/++++: bitte bei betreffendem Auge eintragen)

	Lider (Auflagerung/Veränderung)	
	Zukneifen des/der Augen	
	Sekretion/Augenausfluss	
	Wäßrig	
	Schleimig	
	Gelblich-Eitrig	
	Rötung	
	Schwellung	
	Reiben	

WICHTIGE FRAGEN AN DIE TIERÄRZTIN:
