

SPØRGESKEMA OM DIN HUNDS HUDPROBLEMER

Klinikkens stempel

Hundens navn			
Ejers navn			
Race			
Køn		Alder	
1	a	Hvilke andre dyr er der i jeres husstand?	
	b	Har de nogle symptomer?	
2	a	Har andre i familien kløe eller udslæt på kroppen?	
3	a	Hvad spiser din hund?	Færdig foder <input type="checkbox"/> Middagsmad <input type="checkbox"/> Hundegodbidder <input type="checkbox"/> Tyggeben <input type="checkbox"/>
			Hvilke?
4	a	Opholder din hund sig mest indendørs? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	
5	a	Har din hund kløe? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	
	b	Hvor intens er kløen fra en skala* fra 1-10? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> <small>næsten ingen kløe</small> <small>klør hele dagen</small>	
	c	Afbryder din hund måltider eller søvn for at klø sig? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	
	d	Hvor klør eller slikker din hund sig? Forpoter <input type="checkbox"/> Ører <input type="checkbox"/> Andet <input type="checkbox"/> hvor?	
	e	Hvor længe har det stået på?	
	f	Er kløen tidligere blevet behandlet. Virkede det på kløen? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
	g	Ses kløen på bestemte årstider? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	
6	a	Har din hund udslæt? Hvor? Bageste del af ryg <input type="checkbox"/> Maveregion <input type="checkbox"/> Kanten af ørerne <input type="checkbox"/> "Armhulerne" <input type="checkbox"/> Andet <input type="checkbox"/> hvor?	
	b	Hvor længe har den haft det?	
7	a	Oplever du, at din hund fælder meget? Konstant <input type="checkbox"/> Periodevis <input type="checkbox"/>	
8	a	Har din hund haft problemer tidligere? f.eks med maven eller ørene?	
	b	I hvilken alder?	
	c	Hvilken behandling fik den?	
	d	Havde det den ønskede effekt?	
9	a	Har din hund anden sygdom?	Hvilken? <input type="checkbox"/> Evt. medicin: <input type="checkbox"/>
10	a	Har I været hos en anden dyrlæge?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Hvis ja. Tag gerne en journal kopi med eller bed dem om at sende en kopi til os.

*Hvor 1 = næsten ingen kløe og 10 = klør hele dagen, mere end 40 gange/dag

