

SPØRGESKEMA OM DIN HUNDS HUDPROBLEMER

Klinikens 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? <table style="width:100%; text-align:center; border:none;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">næsten ingen kløe</td> <td colspan="6"></td> <td colspan="2">kløe hele dagen</td> </tr> </table>		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	næsten ingen kløe								kløe hele dagen	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																							
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							
	næsten ingen kløe								kløe hele dagen																								
	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? Evt. medicin:																															
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

