

FRÅGEFORMULÄR OM DIN HUNDS HUDPROBLEM

Klinikens stämpel

Hundens namn																																	
Ägarens namn																																	
Ras																																	
Kön		Ålder																															
1	a	Vilka andra djur finns det i ditt hushåll?																															
	b	Har de några symtom?																															
2	a	Har andra i familjen klåda eller utslag på kroppen?																															
3	a	Vad äter din hund?	Färdigfoder <input type="checkbox"/> Middagsmat <input type="checkbox"/> Hundgodis <input type="checkbox"/> Tuggben <input type="checkbox"/>																														
			Vilka?																														
4	a	Vistas din hund mest inomhus?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>																														
5	a	Har din hund klåda?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>																														
	b	Hur intensiv är klådan på en skala* från 1-10?	<table border="0"> <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">nästan ingen klåda</td> <td colspan="6"></td> <td colspan="2">kliar sig hela 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"/>	nästan ingen klåda								kliar sig hela 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"/>																							
	nästan ingen klåda								kliar sig hela dagen																								
	c	Avbryter hunden måltider eller sömn för att klia sig?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>																														
	d	Var kliar eller slickar hunden sig?	Tassar <input type="checkbox"/> Öron <input type="checkbox"/> Annat <input type="checkbox"/> var?																														
e	Hur länge har klådan varat?																																
f	Har klådan behandlats tidigare? Hade behandlingen effekt på klådan?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>																															
g	Kommer klådan under vissa årstider?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>																															
6	a	Har din hund utslag? Var?	Bakre delen av ryggen <input type="checkbox"/> Magregionen <input type="checkbox"/> Kanten av öronen <input type="checkbox"/> "Armhålorna" <input type="checkbox"/> Annat <input type="checkbox"/> var?																														
	b	Hur länge har utslaget funnits?																															
7	a	Fäller din hund mycket päls?	Konstant <input type="checkbox"/> Periodvis <input type="checkbox"/>																														
8	a	Har din hund haft problem förut, t. ex. med magen eller öronen?																															
	b	I vilken ålder?																															
	c	Vilken behandling fick den?																															
	d	Hade behandlingen önskad effekt?																															
9	a	Har din hund någon annan sjukdom?	Vilken? <input type="text"/> Ev. läkemedel: <input type="text"/>																														
10	a	Har du varit hos en annan veterinär?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>																														
			Om ja. Ta gärna med en kopia av journalen eller be dem att skicka den till oss.																														

*Där 1 = nästan ingen klåda och 10 = kliar hela dagen, mer än 40 gånger/dag

