



Formular für die Erhebung des Vorberichts

Sehr geehrte*r Patientenbesitzer*in,

Es ist sehr wichtig für uns, so viele Informationen wie möglich über Ihr Pferd und dessen Krankheitsverlauf von Ihnen zu erhalten. Diese Informationen sind entscheidend für das weitere diagnostische und therapeutische Vorgehen bei Ihrem Pferd.

Bitte beantworten Sie dafür die folgenden Fragen. Bitte filmen Sie außerdem Ihr Pferd in verschiedenen Situationen, in denen die Symptome auftreten. Sowohl der Fragebogen, als auch die Videos senden Sie uns anschließend per Mail an pferdeklinik@tiho-hannover.de.

Daten der/des Patientenbesitzer*in:

Name: _____

Telefon: _____

Daten des Tieres:

Name: _____

Geboren: _____

Rasse: _____

Allgemeine Informationen

1. Seit wann ist es in Ihrem Besitz?

Im Besitz seit: _____

2. Wie wird Ihr Pferd gehalten (Beschreiben Sie die Boxen- und Weidehaltung)?

Box Paddockzugang Weide ganztags Weide stundenweise

Einzelhaltung Gruppenhaltung (Gruppengröße _____ Pferde)

Sonstiges: _____

3. Wie wird Ihr Pferd gefüttert (Bitte geben Sie die einzelnen Futtermittel und die gefütterte Menge an)?

Heu Heulage Heu nass/bedampft

Kraftfutter: _____

Mineralfutter: _____

Sonstiges: _____

4. Welche Maßnahmen ergreifen Sie gegen Insekten?

Masken Decken Sprays Sonstiges: _____

5. Wird Ihr Pferd regelmäßig geimpft (Bitte geben Sie an, gegen welche Krankheiten geimpft wird)?

Tetanus Herpes Influenza Anderes: _____

6. Wann wurde das letzte Mal eine Zahnkontrolle durchgeführt und ergaben sich dabei auffällige Befunde? In welchen Abständen lassen Sie die Zähne kontrollieren?

Datum der letzten Zahnkontrolle (MM.JJ): _____

keine Zahnkrankheit bekannt

folgende Probleme sind bekannt: _____

Kontrollen erfolgen ... alle 6 Monate jährlich alle 1,5 Jahre alle 2 Jahre

7. Hat Ihr Pferd andere Vorerkrankungen oder Verletzungen erlitten?

Nein Ja, Folgende: _____

8. Bekommt ihr Pferd aktuell Medikamente oder wurden im letzten Monat Medikamente verabreicht (nicht im Zusammenhang mit Headshaking)?

Nein Ja, Folgende: _____

9. Wie wird Ihr Pferd genutzt (Reitweise, Freizeit, Turnier)?

Sport (Disziplin und Klasse bitte angeben): _____

Zucht (bitte Anzahl der Nachkommen (inkl. Jahrgang) angeben):

Freizeit (bitte Disziplin angeben): _____

Anderes: _____

10. Was für Reit- und Longierausrüstung nutzen Sie? Wie oft wird diese auf Passgenauigkeit überprüft?

Spezielle Informationen

11. Welche Symptome zeigt Ihr Pferd?

- Kopfschlagen in Bewegung Kopfschlagen in Ruhe
 Nasereiben vermehrtes Schnauben Ohrenschütteln

Weitere: _____

12. Wann sind die derzeitigen Symptome zuerst aufgetreten?

13. In welchen Situationen zeigt Ihr Pferd das auffällige Verhalten?

- in Ruhe im Schritt im Trab im Galopp
 nur mit Reiter auch ohne Reiter (Beim Longieren, Freilauf, etc.)
 in weiteren Situationen: _____

14. Wie haben sich die Symptome seit erstem Auftreten weiterentwickelt?

- deutlich verstärkt etwas verstärkt gleichbleibend etwas abnehmend
 deutlich abnehmend

15. Werden die Symptome zu bestimmten Jahreszeiten oder Wetterzuständen besser oder schlechter?

- wetterunabhängig bei folgendem Wetter stärker: _____
schlechter im...

- Sommer Herbst Winter Frühling

16. Erscheint Ihr Pferd in bestimmten Körperregionen schmerzhaft oder empfindlich oder zeigt es vermehrtes Ohrenschütteln, Schnauben, Juckreiz?

- Nein Ja, Folgendes: _____

17. Sind in der Vergangenheit bei Ihrem Pferd andere Symptome oder Erkrankungen aufgetreten, die möglicherweise mit der derzeitigen Problematik in Zusammenhang stehen?

- Nein Ja, Folgendes: _____

18. Sind Information über ähnliche oder andere Erkrankungen in der Zuchtlinie Ihres Pferdes vorhanden (Stute, Hengst, Geschwister)?

Nein Ja, Folgendes: _____

19. Zeigen andere Pferde in Ihrem Bestand ähnliche Symptome?

Nein Ja, Folgendes: _____

20. Welche Untersuchungen wurden bisher durchgeführt (bitte relevante Befunde an uns senden oder hier nennen)?

Nein Ja, Folgendes: _____

21. Welche Maßnahmen/Therapien wurden bisher angewendet (auch Fliegenschutz/Masken/Nasennetz/Reithalle) und wie verhielten sich die Symptome?

Keine Ja, Folgendes (jede Maßnahme inkl. Entwicklung der Symptome): _____

22. Wird Ihr Pferd derzeit aufgrund der Symptomatik mit Medikamenten behandelt (Bitte geben Sie die Medikamente an und wie oft diese verabreicht werden, inklusive alternativmedizinischen Medikamenten und Zusatzfuttermitteln)?

Nein Ja, Folgende: _____

Weiteres

23. Gibt es weitere Information, die wir wissen sollten?
