

Visueller Funktionstest für Hunde

| Abschnitt 1: Allgemeine Informationen über Ihren Hund | |
|--|--|
| 1.1 Wie lange ist Ihr Hund im Besitz? (bitte antworten Sie mit der Anzahl der Jahre, für Monate können Dezimalzahlen verwendet werden) | |
| 1.2 Wie würden Sie die Allgemeingesundheit Ihres Hundes beschreiben? | |
| a) Sehr gut | |
| b) Gut | |
| c) Mäßig | |
| d) Schlecht | |
| 1.3 Benötigt Ihr Hund mehr als einen Termin beim Tierarzt/ärztin im Monat? | |
| a) Ja | |
| b) Nein | |
| Abschnitt 2: Sehfähigkeit Ihres Tieres | |
| 2.1 Welche Erkrankung beschreibt am besten die Sehfähigkeit Ihres Hundes? (Falls Ihr Hund mehrere Sehfähigkeitsstörungen hat oder eine Erkrankung hat, die nicht gelistet ist, wählen Sie bitte „Andere“ und beschreiben Sie das Problem im Detail). | |
| a) Normale Sehfähigkeit | |
| b) Progressive Retinaatrophie (PRA) | |
| c) Sudden Acquired Retinal Degeneration Syndrome (SARDS) | |
| d) Katarakt (grauer Star) | |
| e) Andere (bitte spezifizieren Sie): | |
| f) Nicht bekannt, das ist der Grund für die Vorstellung in der Augensprechstunde. | |
| 2.2 Wie würden Sie den Schweregrad der Seheinschränkung beschreiben? | |
| a) Beginnend | |
| b) Nicht vollständig | |
| c) Vollständig | |
| d) Unsicher | |
| 2.3 Seit wann hat Ihr Hund in etwa Probleme mit der Sehfähigkeit? (verwenden Sie Dezimalzahlen, wenn < 1 Jahr) | |
| 2.4 Welche/s Auge/n Ihres Hundes ist/sind betroffen? | |
| a) Linkes | |
| b) Rechtes | |
| c) Beide | |
| Abschnitt 3: Ihre Eindrücke bezüglich der Sehfähigkeit Ihres Hundes | |
| 3.1 Sind Sie aufgrund der Sehfähigkeit Ihres Hundes beunruhigt? | |
| a) Überhaupt nicht | |
| b) Selten aber ab und zu | |
| c) Manchmal | |
| d) Häufig | |
| e) Fast immer | |
| 3.2 Sind Sie beunruhigt, dass die Sehfähigkeit Ihres Hundes sich verschlechtern wird? | |
| a) Überhaupt nicht | |

| | |
|---|--|
| b) Selten aber ab und zu | |
| c) Manchmal | |
| d) Häufig | |
| e) Fast immer | |
| 3.3 Haben Sie das Gefühl, dass die Seheinschränkungen Ihres Hundes eine Belastung für Sie oder Ihre Familie darstellt? | |
| a) Überhaupt nicht | |
| b) Selten aber ab und zu | |
| c) Manchmal | |
| d) Häufig | |
| e) Fast immer | |
| 3.4 Erwägen Sie Ihren Hund von seiner gewohnten Umgebung wegzunehmen aufgrund seiner Seheinschränkungen? | |
| a) Überhaupt nicht | |
| b) Selten aber ab und zu | |
| c) Manchmal | |
| d) Häufig | |
| e) Fast immer | |
| Abschnitt 4: Veränderte Aktivität Ihres Hundes durch seine Seheinschränkungen | |
| 4.1 Verhindert die Seheinschränkung Ihres Hundes die normalen Aktivitäten Ihres Hundes? | |
| a) Überhaupt nicht | |
| b) Selten aber ab und zu | |
| c) Manchmal | |
| d) Häufig | |
| e) Fast immer | |
| f) Trifft nicht zu | |
| 4.2 Hat Ihr Hund aufgrund der Seheinschränkungen Probleme beim Ein- und Aus-treten aus dem Haus/der Wohnung? | |
| a) Überhaupt nicht | |
| b) Selten aber ab und zu | |
| c) Manchmal | |
| d) Häufig | |
| e) Fast immer | |
| f) Trifft nicht zu | |
| 4.3 Lläuft Ihr Hund aufgrund der Seheinschränkungen gegen Gegenstände, wenn diese nicht an ihrem gewohnten Platz stehen? (zum Beispiel, wenn ein Stuhl umgestellt wird oder ein Gegenstand wird in die gewohnte Route Ihres Hundes gestellt, stößt er gegen diesen Gegenstand?) | |
| a) Überhaupt nicht | |
| b) Selten aber ab und zu | |
| c) Manchmal | |
| d) Häufig | |
| e) Fast immer | |
| f) Trifft nicht zu | |
| 4.4 Schränkt die Seheinschränkung Ihres Hundes ihn dabei ein, sich in ungewohnten Umgebungen zurecht zu finden? | |
| a) Überhaupt nicht | |
| b) Selten aber ab und zu | |

| | |
|---|--|
| c) Manchmal | |
| d) Häufig | |
| e) Fast immer | |
| f) Trifft nicht zu | |
| 4.5 Schränkt die Seheinschränkung Ihres Hundes ihn dabei ein Leckerli's aus Ihrer Hand zu nehmen? | |
| a) Überhaupt nicht | |
| b) Selten aber ab und zu | |
| c) Manchmal | |
| d) Häufig | |
| e) Fast immer | |
| f) Trifft nicht zu | |
| 4.6 Schränkt die Seheinschränkung Ihres Hundes ihn dabei ein, geworfene Leckerlis aus der Luft zu fangen? | |
| a) Überhaupt nicht | |
| b) Selten aber ab und zu | |
| c) Manchmal | |
| d) Häufig | |
| e) Fast immer | |
| f) Trifft nicht zu | |
| 4.7 Schränkt die Seheinschränkung Ihres Hundes ihn dabei ein von einem Sofa/Stuhl/Bett runterzuspringen? | |
| a) Überhaupt nicht | |
| b) Selten aber ab und zu | |
| c) Manchmal | |
| d) Häufig | |
| e) Fast immer | |
| f) Trifft nicht zu | |
| 4.8 Schränkt die Seheinschränkung Ihres Hundes ihn dabei ein, einen geworfenen Gegenstand (zum Beispiel einen Ball) zu verfolgen? | |
| a) Überhaupt nicht | |
| b) Selten aber ab und zu | |
| c) Manchmal | |
| d) Häufig | |
| e) Fast immer | |
| f) Trifft nicht zu | |
| Abschnitt 5: Auswirkung der Sehfähigkeit Ihres Hundes auf sein allgemeines Verhalten | |
| 5.1 Schränkt die Seheinschränkung Ihres Hundes ihn dabei ein, Sie oder eine bekannte Person aus der Ferne zu erkennen? | |
| a) Überhaupt nicht | |
| b) Selten aber ab und zu | |
| c) Manchmal | |
| d) Häufig | |
| e) Fast immer | |
| f) Trifft nicht zu | |
| 5.2 Schränkt die Seheinschränkung Ihres Hundes sein Interesse aus dem Fenster zu gucken ein? | |
| a) Überhaupt nicht | |
| b) Selten aber ab und zu | |

| | |
|--|--|
| c) Manchmal | |
| d) Häufig | |
| e) Fast immer | |
| 5.3 Schränkt die Seheinschränkung Ihres Hundes ihn dabei ein, Sie oder eine bekannte Person aus der Ferne zu erkennen? | |
| a) Überhaupt nicht | |
| b) Selten aber ab und zu | |
| c) Manchmal | |
| d) Häufig | |
| e) Fast immer | |
| 5.4 Hat Ihr Hund Probleme beim Übergang von hellem zu dunklem Licht? | |
| a) Überhaupt nicht | |
| b) Selten aber ab und zu | |
| c) Manchmal | |
| d) Häufig | |
| e) Fast immer | |
| Abschnitt 6: Sonstiges | |
| 6.1 Bitte geben Sie andere wichtige Informationen/Kommentare an, die Sie wichtig finden zu erwähnen: | |
| | |
| 6.2 Wo haben Sie sich über den Umgang mit der Seheinschränkung Ihres Tieres informiert? | |
| a) Online | |
| b) Büchern | |
| c) Tierarzt/ärztin/Tiertrainer/in | |
| d) Sonstiges: | |