

TIERARZT*IN**Befund/résultat**

- eMail pdf
 eMail ldt

Rechnung/facture

- Tierarzt*in/vétérinaire*
 Tierhalter*in/détenteur*

TIERHALTER*IN/DETENTEUR***TIER/ANIMAL**

Name/nom

Hund/chien Katze/chat Pferd/cheval

ldt

Adresse/adresse

Name/nom

Rasse/race

Alter/age

Geschlecht/sexe

 kastr./castr.

Entnahme am/prél. Le

MATERIAL/MATERIEL

- HP Heparinplasma/plasma hépariné S Serum

ALLERGIETEST/TEST D'ALLERGIE

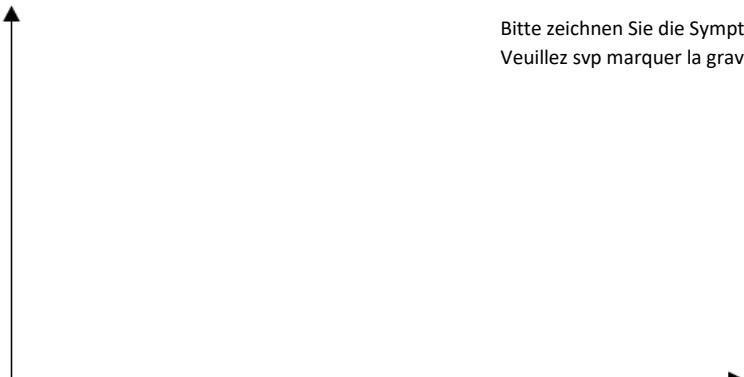
- Allergie-Screening ("Allergen Gruppen/groupes d'allergènes") HESKA Allercept IgE FcEpsilon Rezeptor
 Allergietest/test d'allergie - alle relevanten Allergene/tous les allég. importants ("Aufschlüsselung") HESKA Allercept IgE FcEpsilon Rezeptor
 Futtermittelreaktivität (Wahl der verträglichsten Futterkomponenten einer Ausschlussdiät)
 alimentaire (choix des componentes alimentaires les plus tolérables our une diète d'exclusion)

réactivité

ANAMNESE - / KLINIK / ANAMNESE - CLINIQUE

Welche Symptome zeigt der Hund/die Katze/das Pferd, an welcher Lokalisation und seit wann?
 symptômes présente t'il le chien/chat/cheval, à quelle localisation et depuis quand?

Quelles



Bitte zeichnen Sie die Symptomstärke im Jahresverlauf ein
 Veuillez svp marquer la gravité des symptômes durant l'année

Jan Feb Mär Apr Mai Jun Jul Aug Sep Okt Nov Dez
 jan fév mar avr mai jui jui aou sép oct nov déc

Welche diagnostischen Abklärungen wurden bisher getroffen? Quel diagnostic a été effectué préalable?

Welche Therapien wurden bisher eingesetzt und mit welchem Erfolg (Ektoparasitika, Kortikosteroide/Immunmodulatoren, Antibiotika, Ausschlussdiät)? Quelle thérapie a été effectué préalable et avec quel succès (ectoparasitaire, corticostéroïdes/immunomodulateurs, antibiose, diète d'exclusion)?

Erhält der Patient momentan Medikamente? Welche? (Kortikosteroide: Bitte Präparat, Dosis und Dauer angeben)
patient reçoit-il momentanément des médicaments? Lesquels? (Corticosteroides svp préparation, dosage et durée

Le