



# Schweizer Kromfohrländer-Club

[www.kromfohrländer-club.ch](http://www.kromfohrländer-club.ch)



## Gesundheitsfragebogen

Ersetzt nicht die zweijährige Umfrage

Bitte füllen Sie beide Seiten des Fragebogens sorgfältig aus.

Zuchtbuchnummer: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Zuchtbuch-Name des Hundes:

Geschlecht:  Rüde  Hündin

Ist der Hund sterilisiert/kastriert?  Ja  Nein Wenn Ja wann ? \_\_\_\_\_

Bitte kreuzen Sie an wenn der Hund unter den folgenden Erkrankungen leidet.

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Epilepsie                       | <input type="checkbox"/> Diabetis                  | <input type="checkbox"/> Allergien (z.B.Futter)   |
| <input type="checkbox"/> Demodex Milben oder Demodikosis | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenunterfunktion | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenüberfunktion |
| <input type="checkbox"/> Pankreasinsuffizienz            | <input type="checkbox"/> Leberfunktionsstörung     | <input type="checkbox"/> Nierenstörungen          |
| <input type="checkbox"/> Blasenprobleme                  | <input type="checkbox"/> Herzprobleme              | <input type="checkbox"/> Häufige Infektionen      |
| <input type="checkbox"/> Nagelbettentzündungen           | <input type="checkbox"/> Krallenverlust            | <input type="checkbox"/> Rheuma                   |
| <input type="checkbox"/> Ohrandulcera (Veränderungen)    | <input type="checkbox"/> Schwanzspitzennekrose     | <input type="checkbox"/> Thrombozytopenie         |
| <input type="checkbox"/> Lahmheiten                      | <input type="checkbox"/> Arthrose                  | <input type="checkbox"/> Blutauffälligkeiten      |
| <input type="checkbox"/> Krebs (welche Art) _____        |  |   |
| <input type="checkbox"/> Andere, welche? _____           |  |   |

### Skeletale Defekte.

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hüft- Ellenbogen Dysplasie (Miss-oder Fehlbildung) | <input type="checkbox"/> Patella-Luxation   |
| <input type="checkbox"/> Knickrute  | <input type="checkbox"/> Legg Perthes (Nekrose des Oberschenkelkopfes)  |
| <input type="checkbox"/> Wirbelsäulenprobleme                               | <input type="checkbox"/> FCP (Fragmentierung des Processus coronoideus<br>medialis ulnae) (Fragmentbildung in den Gelenken) |
| <input type="checkbox"/> Andere, welche?                                    |   |

### Augenkrankheiten.

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> PRA (progressive retinale Atrophy) | <input type="checkbox"/> Pannus (Hornhaut-Entzündung) |
| <input type="checkbox"/> (Primäre) Linsen-Luxation          | <input type="checkbox"/> erbliche bedingter Katarakt  |
| <input type="checkbox"/> Glaukom                            | <input type="checkbox"/> Andere, welche ?             |

### Immunologische- und Autoimmunkrankheiten.

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> SLE (systemischer Lupus erythematodes) | <input type="checkbox"/> AITP autoimmunbedingte Thrombozytopenie  |
| <input type="checkbox"/> Addison Krankheit                      | <input type="checkbox"/> AIHA ( autoimmun-hämolytische Anämie )   |
| <input type="checkbox"/> IMHA ( immunhämolytische Anämie)       | <input type="checkbox"/> Keratitis (Hornhautentzündung)   |
| <input type="checkbox"/> Polymyositis (Muskelentzündungen)      | <input type="checkbox"/> Von Willebrand Faktor <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 |
| <input type="checkbox"/> Myastenia gravis                       | <input type="checkbox"/> Polyarthritis  |
| <input type="checkbox"/> Polyarthrose                           | <input type="checkbox"/> Lungenfibrose  |
| <input type="checkbox"/> Andere, welche? _____                  |   |

**BITTE WENDEN**

**Zuchtbuchnummer** \_\_\_\_\_

**Verhaltensprobleme**

- Verlassensängste
- Angst vor lauten Geräuschen
- Aggression oder Scheuheit gegenüber fremden Hunden oder Menschen
- Andere, welche?
- Andere Krankheiten, welche ?

Bitte beschreiben Sie die oben genannten angekreuzten Erkrankungen oder Probleme genauer, wie z. B. den Zeitpunkt/ das Alter der ersten Symptome, welcher Art die Symptome waren oder sind und welche Behandlung erfolgte.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Hundebesitzer/in**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Postleitzahl: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift des Hundebesitzers  
\_\_\_\_\_

**Bitte den ausgefüllten Fragebogen ausdrucken und via Post an den Zuchtobmann  
Beat Joos Oberdorfstr. 66 8335 Hittnau senden.**

**Herzlichen Dank im Namen der Kromfohrländer für Ihre Bereitschaft und Mithilfe!**