



**KLINIK FÜR KLEINTIERE**

**Innere Medizin**

(Abteilung Nuklearmedizin,  
Prof. Dr. N. Bauer)

Tel: 0641-9938666

Email: [kleintierklinik@vetmed.uni-giessen.de](mailto:kleintierklinik@vetmed.uni-giessen.de)

**Anamnesebogen für Katzen  
mit einer Schilddrüsenüberfunktion zur Radiojodtherapie**

Bitte füllen Sie den Anamnesebogen vollständig aus, damit wir uns schon vorab ein möglichst genaues Bild von Ihrer Katze machen können.

Gerne klären wir dann Ihre Fragen in einem persönlichen Gespräch.

Vielen Dank! Ihr Team Nuklearmedizin.

**Besitzerdaten**

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

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

**Patientendaten (gerne auch mit Bild Ihrer Katze, wenn vorhanden)**

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

Rasse: \_\_\_\_\_

Geburtstag: \_\_\_\_\_

Geschlecht: \_\_\_\_\_ kastriert    O ja    O nein

Gewicht: \_\_\_\_\_

**Wann wurde die Schilddrüsenüberfunktion bei Ihrer Katze diagnostiziert?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

▲ Bitte übermitteln Sie uns auch die entsprechenden Befunde Ihres Tierarztes!

**Zeigte Ihre Katze vor der Diagnosestellung Symptome einer Erkrankung? (Bitte ankreuzen)**

- |                                                                      |                                                                |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Gewichtsverlust                             | <input type="checkbox"/> Stumpfes und/oder struppiges Fell     |
| <input type="checkbox"/> Gesteigerte Futterraufnahme                 | <input type="checkbox"/> Hyperaktivität                        |
| <input type="checkbox"/> Fehlende/Schlechte Futterraufnahme          | <input type="checkbox"/> Gesteigerte Reizbarkeit/Aggressivität |
| <input type="checkbox"/> Erbrechen                                   | <input type="checkbox"/> Vermehrte Wasseraufnahme              |
| <input type="checkbox"/> Durchfall                                   | <input type="checkbox"/> Vermehrter Urinabsatz                 |
| <input type="checkbox"/> Zubildung im Halsbereich                    | <input type="checkbox"/> Mattigkeit                            |
| <input type="checkbox"/> Meine Katze zeigte andere/weitere Symptome: |                                                                |

---

---

---

☐ Nein, meine Katze zeigte keinerlei Symptome (z.B. Diagnose durch Alterscheck)

**Die Schilddrüsenüberfunktion Ihrer Katze wird aktuell behandelt...**

Bitte geben Sie die aktuelle Dosierung, Häufigkeit der Gaben und den Namen des Präparates an (z.B.: 2 x täglich 1 Tablette Felimazole 2,5mg):

---

Seit wann wird die Schilddrüsenüberfunktion Ihrer Katze mit der aktuellen Dosierung behandelt?

---

Seit wann behandeln Sie insgesamt die Schilddrüsenüberfunktion Ihrer Katze und sind bereits Anpassungen der Dosis oder Wechsel des Präparates vorgenommen worden, wenn ja wann?

---

---

---

---

▲ Bitte übermitteln Sie uns auch die Befunde der letzten Kontrolluntersuchung(en) unter Therapie!

**Die Schilddrüsenüberfunktion Ihrer Katze wird aktuell nicht behandelt...**

Der Grund dafür ist (Bitte ankreuzen):

☐ Medikamenteneingabe nicht möglich

☐ Medikamentenunverträglichkeit

☐ anderer Grund: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Gab es bereits einen Behandlungsversuch, wenn ja wann wurde dieser durchgeführt/wie lange dauerte er an und mit welchem Präparat wurde er durchgeführt? (Stichworte)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

▲ Bitte übermitteln Sie uns auch die Befunde der Kontrolluntersuchungen unter Therapie!

**Warum möchten Sie die Radiojodtherapie zur Behandlung der Schilddrüsenüberfunktion bei Ihrer Katze durchführen lassen?**

☐ Mit Medikamenten ist die Erkrankung schlecht einzustellen/schwankende

Schilddrüsenwerte

☐ Medikamentenunverträglichkeit

☐ Medikamenteneingabe nicht möglich

☐ Andere Gründe: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Welche Untersuchungen wurden bei Ihrer Katze seit der Feststellung der Schilddrüsenüberfunktion durchgeführt? (Bitte ankreuzen und Datum angeben)**

☐ keine

☐ Blutuntersuchung

☐ Ultraschall des Bauchraumes

☐ Urinuntersuchung

☐ Herzultraschall/Kardiologische Untersuchung

☐ Röntgenbild des Brustkorbs

☐ Computertomografie

☐ Ultraschall der Schilddrüse

☐ Zytologische Untersuchung der Schilddrüse

☐ andere/weitere Untersuchungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

▲ Bitte stellen Sie sicher, dass Sie uns bei Bedarf die Befunde dieser Untersuchungen zukommen lassen können.

**Hat Ihre Katze zusätzlich zu Ihrer Schilddrüsenüberfunktion andere bekannte Erkrankungen?**

☐ Nein

☐ Ja, folgende: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wenn Sie mit Ja geantwortet haben: Erhält Ihre Katze Medikamente für ihre zusätzlichen Erkrankungen?

☐ Nein

☐ Ja, folgende (Bitte Häufigkeit der Gaben, Menge des Medikaments und Präparat mit entsprechender Stärke angeben; z.B.: 1 x täglich ½ Tablette XY 20mg):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Welches Futter erhält Ihre Katze?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Ist Ihre Katze ein Freigänger? (Bitte ankreuzen)**

☐ Ja

☐ Nein

**Leben in Ihrem Haushalt Kinder unter 16 Jahren oder Schwangere?**

☐ Ja

☐ Nein