

Fragebogen zur FIP-Therapie:

1. Allgemeine Informationen zur Katze:

Name der Katze: _____

Geschlecht: weiblich kastriert

männlich

Geburtsdatum: _____

Rasse: _____

Herkunft der Katze: _____
(z. B. Züchter, Tierheim)

Lebte die Katze zum Zeitpunkt der Erkrankung in einem Mehrkatzenhaushalt? ja _____ (Anzahl) nein

Falls **JA** angekreuzt wurde: Ist bereits eine andere Katze im Haushalt an FIP erkrankt? ja nein

Freigänger: ja nein Garten

Vorerkrankungen: _____

Wurde die Katze gegen FIP geimpft? ja nein

Wurde die Katze auf FIV/FeLV getestet? ja nein

Falls **JA** angekreuzt wurde, war das Testergebnis:

FIV-positiv FeLV-positiv beides negativ

2. Informationen zum Krankheitsverlauf:

Start der Symptomatik am: _____

Symptome: _____

durchgeführte FIP- Diagnostik: _____
(z. B. Ultraschall, PCR, _____
Mutations-PCR, Antikörper-Titer _____
Immunhistochemie) _____

diagnostizierte FIP-Form:

trockene Form

feuchte Form

neurologische Form

okuläre Form

3. Informationen zur durchgeführten Therapie:

Medikament:

Start der Behandlung am:

Dosierung (mg/kg pro Tag):

Applikation (oral, Injektionen):

Dauer der Therapie (in Tagen):

Kam es **während** der Therapie zu einem Rückfall?

ja

nein

Wenn **JA** angekreuzt wurde,
wie sah der Rückfall aus?

Kam es **nach Ende** der Therapie zu einem Rückfall?

ja

nein

Wenn **JA** angekreuzt wurde,
wie sah der Rückfall aus?

Wie lange **nach Ende** der Therapie
kam es zu einem Rückfall? _____

Hat die Katze die FIP-Therapie überlebt? ja nein

Falls **JA** angekreuzt wurde:
Wann verschwanden folgende die Symptome
nach Therapiestart?

- 1) Inappetenz _____
- 2) Gewichtsverlust _____
- 3) Fieber _____
- 4) Thorax-/Abdominalerguss _____
- 5) Dyspnoe _____
- 6) neurologische Symptome _____
- 7) Augenveränderungen _____

Falls **NEIN** angekreuzt wurde: Wann ist die Katze verstorben? _____

Wie ist die Katze gestorben? Euthanasie
 Katze erlag der FIP

begleitende Medikamente zur
FIP-Therapie: _____
(z. B. Cortison, Leberschutz) _____

aufgefallene Nebenwirkungen
der FIP-Therapie: _____

Gewicht **vor** Therapiestart:

Gewicht **nach** Therapieende:

Blutuntersuchungen: vor während nach der Therapie

Ergussuntersuchungen: vor während der Therapie

Falls Sie Blut- und Ergussuntersuchungen durchgeführt haben, wären wir Ihnen sehr dankbar, wenn Sie uns die Ergebnisse zur Verfügung stellen könnten.

Ihre Daten werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt.

Bitte senden Sie uns diesen Fragebogen per Mail oder postalisch an folgende Adressen zurück:
d.krentz@medizinische-kleintierklinik.de

Postanschrift:

Medizinische Kleintierklinik
z. Hd. Daniela Krentz
Veterinärstr. 13
80539 München