

Studienbogen zur Behandlung von Erkrankungen mit Blutegeln (Tiertherapie)

Name und Anschrift des Therapeuten (Bitte Stempel, Etikett oder Druckbuchstaben):	
Patient – Gattung, Rasse:	Indikation für die vorliegende Egeltherapie (Nennung der Erkrankung):
Alter (Jahre):	männlich, weiblich, kastriert:
Körpergröße (cm):	Körpergewicht (kg):
Beginn der Erkrankung:	Dauer der Erkrankung:
Datum: _____ Tag Monat Jahr	Erkrankung besteht seit: _____ Monat Jahr

Liste der Indikationen

Bei welchen Erkrankungen werden von Ihnen im Allgemeinen Blutegel eingesetzt ? (Bitte zutreffendes ankreuzen)

Arthritis akut	Huflederhautentzündung / Hufrehe	Pyometra
Arthritis chronisch	Hufrollenentzündung / Podotrochlose	Rheumatische Erkrankungen
Arthrose	Hüftgelenkdysplasie (HD)	Schale
Cholezystitis	Leckekzem	Spat
Dackellähme / Discopathie / Prolaps	Myalgie	Tendinitis / Tendovaginitis
Entzündungen der Ohrmuschel / Blutohr	Myogelosen	Thrombosen
Epicondylitis / Stollbeule	Ohrdrüsenentzündung	Tonsillarabszess
Furunkel und Karbunkel	Ohrekzem	Warzen
Gallen	Orchitis	Andere (bitte angeben):
Hämatom	Patellaluxation	
Hautulcera	Phlebitis / Thrombophlebitis	

Warum wird die Behandlung mit Blutegeln durchgeführt? (z. B. Abwägung mit anderen Medikamenten für die entsprechende Indikation)

Begleiterkrankungen:

Verabreichung von Medikamenten (Handelsname und Dosis p.d.):

Datum der Anwendung der Blutegeltherapie:

Tag	Monat	Jahr

Anzahl der eingesetzten Blutegel:

Ansatzstellen der Blutegel:

--	--

Welche Reaktionen traten in den folgenden Tagen/Wochen auf? (Bitte genaue Angaben)

Angabe Tage/Wochen nach Applikation der Blutegel	Beschreibung Reaktionen

Ist die gegenwärtige Behandlung eine Wiederholungsanwendung?

Ja	Nein	Wenn ja, wie viele Blutegeltherapien gingen der vorliegenden Behandlung voraus?

Bewertung der Wirksamkeit der Behandlung (nach 3 Monaten) (bitte ankreuzen)

Urteil des Therapeuten		Urteil des Tierhalters
	gut bis sehr gut	
	befriedigend	
	mangelhaft	

Bewertung der Verträglichkeit der Behandlung (Monate 1-3) (bitte ankreuzen)

Urteil des Therapeuten		Urteil des Tierhalters
	gut bis sehr gut	
	befriedigend	
	mangelhaft	

Unerwünschte Ereignisse (UE)

(Bitte Zutreffendes ankreuzen)

Traten im Verlauf der Behandlung schwerwiegende Ereignisse auf?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? (ggf. bitte Bericht auf extra Blatt)				

Ich bin mit der Veröffentlichung der Daten einverstanden. Daten, die eine Identifikation von Halter oder Therapeut ermöglichen würden, werden nicht veröffentlicht.

Datum

Unterschrift und Stempel des Therapeuten

Bitte senden Sie nach Abschluss der Behandlung den ausgefüllten Fragebogen an:

Biebertaler Blutegelzucht GmbH

Tel.: 06409-66140-0

Fax: 06409-66140-75

Talweg 31 35444 Biebertal

E-Mail: blutegel@blutegel.de Internet: www.blutegel.de

Wir danken Ihnen für Ihre Unterstützung der Blutegeltherapie!