
Projekt: Epilepsie bei Landseern

Checkliste

Name meines Landseers: _____

In unten stehender Tabelle finden Sie eine Schritt-für-Schritt Checkliste, welche Sie bei Ihrer Teilnahme am Projekt unterstützen soll. Füllen Sie einfach die Felder aus und Sie wissen immer, was erledigt ist und als nächstes folgt. Über die erste Spalte können Sie Ihre Terminierung eintragen (z.B. Termin beim Tierarzt vereinbart auf).

Fällig am	Tätigkeit	Erledigt am
Heute ;-)	Unterlagen (diese Checkliste, Begleitzettel und Fragebogen) für jeden gemeldeten Landseer ausdrucken	
	Fragebogen ausfüllen und Fragen, zu denen der Tierarzt helfen soll, markieren	
	Termin zur Blutabnahme beim Tierarzt auf Wochenanfang vereinbaren, damit die Blutprobe nicht über das Wochenende bei der Post herumliegt. Lässt sich u. U. mit Impfung, Entwurmung, allg. Untersuchung, o. ä. kombinieren	
	Begleitzettel für Blutabnahme ausfüllen	
	Ahnentafel kopieren	
	Besuch beim Tierarzt: Begleitzettel und Fragebogen mitnehmen, offene Fragen mit Tierarzt ausfüllen	
	Blutprobe mit Begleitzettel, Ahnentafelkopie, Fragebogen und ggf. weiteren Befunden an die Universität Bern senden	
	GLÜCKWUNSCH und vielen DANK!	

Bitte senden Sie uns doch kurz eine E-Mail an apollo@apollo-vom-palmenstein.de, damit wir das Projekt besser koordinieren können.

Hier noch unsere Kontaktdaten:

Horst Veitl Tilsiter Str. 11 D-88267 Vogt apollo@apollo-vom-palmenstein.de Tel: +49 (7529) 9125-78	Karl-Heinz Woll Siedlung Stein 10 CH-5312 Döttingen post@landseer-vom-palmenstein.ch Tel: +41 (56) 2458119
--	--

Da auch wir berufstätig sind, bitten wir für normale Kontaktaufnahmen und Rückfragen die Kommunikation über E-Mail zu bevorzugen und die Telefonnummern nur in Ausnahmefällen zu nutzen.

Projekt: Epilepsie bei Landseern

Begleitzettel und Informationen für den Tierarzt

Deutsches Fensterkuvert

Projekt: Epilepsie bei Landseern

Prof. Dr. Tosso Leeb
Institut für Genetik
Bremgartenstr. 109a, Postfach 8466
CH-3001 Bern
Schweiz

Schweizer Fensterkuvert

Projekt: Epilepsie bei Landseern

Prof. Dr. Tosso Leeb
Institut für Genetik
Bremgartenstr. 109a, Postfach 8466
CH-3001 Bern
Schweiz

Bitte füllen Sie nachfolgende Felder aus und senden Sie die Blutprobe, die Kopie der Ahnentafel und den möglichst vollständig ausgefüllten Fragebogen unmittelbar nach der Blutentnahme zusammen an obige Adresse.

Absender

Anrede:

Vorname, Nachname:

Straße, Hausnummer:

Land-PLZ Ort:

Landseer

Name:

Geschlecht: männlich weiblich

Geburtsdatum:

Datum der Probenentnahme:

Zuchtbuchnummer:

Anlagen

- Blutprobe - die Kennzeichnung auf Blutprobe lautet:
- Ahnentafel (Kopie)
- Fragebogen (ausgefüllt)
- weitere Befunde

Informationen für den Tierarzt:

Wir benötigen **5ml EDTA Blut**. Die Blutprobe sollte eindeutig und gut lesbar gekennzeichnet sein. Falls zusätzliche Untersuchungen durchgeführt wurden, fügen Sie bitte Kopien dieser Befunde bei.

Blutproben sollten unmittelbar nach der Entnahme bei Raumtemperatur an das Labor geschickt werden. Eine Kühlung ist nicht notwendig. Die Proben sollten das Labor in CH-Bern spätestens 3-4 Tage nach der Entnahme erreichen.

Projekt: Epilepsie bei Landseern

Fragebogen

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen möglichst vollständig aus. Jede auch noch so „nebensächlich erscheinende“ Information kann aus wissenschaftlicher Sicht wichtig sein. Erst durch die Auswertung vieler Fragebögen kann dies erkennbar werden. Sollte Ihr Landseer garantiert nicht an Epilepsie erkrankt sein, genügt es, wenn Sie die Fragen bis einschließlich 2.17 beantworten.

Diesen Fragebogen senden Sie bitte zusammen mit dem Begleitzettel, der Blutprobe und einer Kopie der Ahnentafel direkt an die Universität Bern (Adresse befindet sich auf dem Begleitzettel). Hierdurch werden Ihre Angaben diskret im Kreise der Handelnden des Projektes gehalten und nicht an andere Besitzer oder an die Zuchtverbände gegeben.

Sollten Sie Fragen oder Interesse an den Ergebnissen haben, wenden Sie sich bitte an die Organisatoren des Projektes. Sie finden die Kontaktdaten auf der unten angegebenen Homepage. Bitte kontaktieren Sie nicht direkt die Uni Bern und helfen Sie über eine koordinierte Kommunikation mit, die Zeit der Wissenschaftler für das Projekt und nicht für die mehrfache Beantwortung der gleichen Fragen zu nutzen.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe und Kooperation!

Mit den besten Grüßen

Horst Veitl & Karl-Heinz Woll

1. Allgemeine Fragen:

1.1 Name des Besitzers:

1.2 Adresse:

1.3 Telefon:

1.4 Email:

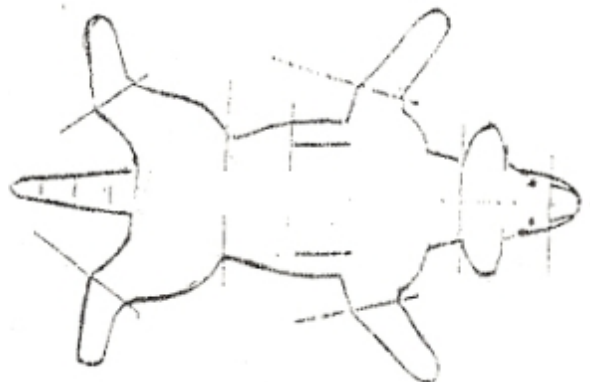
1.5 Züchten Sie selbst? Ja Nein

1.6 Wie viele Hunde besitzen Sie?

Bitte tragen Sie die Zeichnung Ihres Landseers in nebenstehende Skizze ein.

Parallel zu unserem Epilepsie-Projekt bietet dies die Möglichkeit auch die Vererbungszusammenhänge in der Farbenlehre zu untersuchen.

Vielen Dank!



Projekt: Epilepsie bei Landseern

3. Allgemeine Fragen zur Epilepsie Ihres Hundes:

3.1 Alter des Hundes beim ersten Anfall: *(bitte so präzise wie möglich)*.....

3.2 Datum des letzten Anfalls:

3.3 Wie viele Tage mit epileptischen Anfällen hatte Ihr Hund insgesamt bis jetzt?

3.4 In welchem Zeitabstand traten Anfälle zu Krankheitsbeginn auf? *(in den ersten 6 Monaten)*

Der Zeitabstand zwischen zwei Anfallstagen betrug:

mindestens/ durchschnittlich...../ höchstens.....Tage.

3.5 In welchem Zeitabstand treten die Anfälle aktuell auf? *(in den letzten 6 Monaten)*

Der Zeitabstand zwischen zwei Anfallstagen beträgt:

mindestens/ durchschnittlich...../ höchstens.....Tage.

3.6 Durchschnittliche Dauer der Anfälle zu Krankheitsbeginn? *(in den ersten 6 Monaten)*

< 1 Minute

1-2 Minuten

2-5 Minuten

> 5 Minuten und zwar.....Minuten

3.7 Wie stufen Sie den Schweregrad der Anfälle zu Beginn der Erkrankung ein?

Leicht

Mittel

Schwer

3.8 Wie lange dauern die Anfälle jetzt? *(in den letzten 6 Monaten)*

< 1 Minute

1-2 Minuten

2-5 Minuten

> 5 Minuten und zwar.....Minuten

3.9 Wie stufen Sie den Schweregrad der Anfälle jetzt ein? *(in den letzten 6 Monaten)*

Leicht

Mittel

Schwer

3.10 Hatte Ihr Hund jemals mehrere Anfälle an einem Tag (Serienanfälle)?

Ja, bisher insgesamt.....mal

Nein

3.11 Falls ja, wie viele Anfälle hatte Ihr Hund innerhalb von 24 Stunden?

Mindestens Anfälle

Durchschnittlich Anfälle

Höchstens Anfälle

3.12 Falls ja, wie viele Tage mit Serienanfällen hatte Ihr Hund im Jahr?

Mindestens..... Tage / Jahr

Durchschnittlich.....Tage / Jahr

Höchstens.....Tage / Jahr

3.13 Falls ja, wurden auch Serienanfälle ohne vollständige Erholung zwischen den einzelnen Anfällen beobachtet (= Status epilepticus)?

Nein

Ja, anTagen

Die Zeitspanne vom Beginn des Anfalls bis sich der Hund wieder vollständig erholt hatte betrug

Mindestens.....Minuten / Stunden

Höchstens.....Minuten / Stunden

Durchschnittlich..... Minuten / Stunden

Projekt: Epilepsie bei Landseern

3.14 Traten Anfälle auf, die länger als 5 Minuten dauerten (= Status epilepticus)?

- Nein
- Ja, anTagen
 Dauer dieser Anfälle:
 Mindestens.....Minuten / Stunden
 Höchstens.....Minuten / Stunden
 Durchschnittlich..... Minuten / Stunden

3.15 Zeitspanne zwischen dem 1. Anfall und dem 1. Status epilepticus:

3.16 Wurde Ihr Hund jemals zur Behandlung von epileptischen Anfällen in eine Narkose gelegt?

- Ja, und zwar bisher..... mal.
- Nein

3.17 Haben Sie irgendwelche auslösenden Faktoren bemerkt, die einen Anfall begünstigen?

- Stress
- Sexuelle Aktivität
- Wetter
- Eine bestimmte Tageszeit, welche?
- Eine bestimmte Jahreszeit, welche?
- Eine bestimmte Mondphase, welche?.....
- Sonstige auslösende Faktoren, welche?.....
- Keine auslösenden Faktoren

3.18 Falls Ihr Hund kastriert wurde, hat die Kastration die Anfälle vermindert?

- Ja, die Anfälle gingen deutlich zurück
- Ja, die Anfälle gingen etwas zurück
- Die Kastration hatte keinen Effekt
- Nein, die Anfälle verschlimmerten sich nach der Kastration

3.19 Verhält sich Ihr Hund zwischen den Anfällen völlig normal?

- Ja
- Nein, was ist der Unterschied zu normalem Verhalten?
-
-

3.20 Haben die Anfälle das normale Verhalten Ihres Hundes verändert?

- Ja, inwiefern?
- Nein

3.21 Gibt es Verwandte Ihres Hundes, die auch Epilepsie haben?

- Ja
- Nicht bekannt
- Nein

3.22 Falls ja, kennen Sie Namen und Verwandtschaftsgrad? (freiwillige Angabe)

Rufname / offizieller registrierter Name des Hundes / Verwandtschaftsgrad / derzeitiger Besitzer:

.....

.....

.....

.....

.....

Projekt: Epilepsie bei Landseern

4. Anfälle:

a) Phase vor dem Anfall (Stunden bis Tage vor dem Anfall):

4.1 In welcher Situation hat Ihr Hund gewöhnlich die Anfälle?

- In Ruhe
- Im Schlaf
- Wach, bei normaler Aktivität
- Bei körperlicher Anstrengung
- Nach körperlicher Anstrengung
- Bei psychischer Anspannung
- Wenn Sie der Hund vermisst
- Nach dem Fressen
- Wenn er/sie lange nicht gefressen hat
- Wenn er/sie krank ist
- Bei intensiven Gefühlsregungen (Aggression, Kampf etc.)
- Anfälle ereignen sich in zufälligen Situationen ohne erkennbaren Bezug zu bestimmten Gefühlslagen

4.2 Können Sie voraussagen, wenn Ihr Hund einen Anfall bekommt?

- Ja
- Nein (**Bitte weiter bei Teil b**)

4.3 Welche Symptome/Verhaltensänderungen zeigt Ihr Hund vor einem Anfall?

- Schwindel
- Erbrechen
- Salivation / erhöhter Speichelfluss
- Hund ist unruhig
- Hund sucht den Kontakt zum Besitzer
- Hund wird aggressiv
- Sonstiges, bitte spezifizieren?

4.4 Wie lange vor dem Anfall können Sie diese Symptome beobachten?

- Weniger als 30 min
- 30-60 min
- 1-2 Stunden
- 2-6 Stunden
- 6-12 Stunden
- 12-24 Stunden
- 1-2 Tage
- Mehr als 2 Tage

4.5 Wie oft können sie einen Anfall korrekt vorhersagen?

- Nie
- In 25% der Fälle
- In 50% der Fälle
- In 75% der Fälle
- Jedes Mal

b) Anfall

Die Anfallsphase ist die Zeitspanne während des Anfalls sowie unmittelbar vor dem Anfall.

4.6 Haben Sie je einen Anfall vom Beginn bis zum Ende beobachtet?

- Ja
- Nein

4.7 Was macht Ihr Hund unmittelbar vor einem Anfall?

- Schläft
- Ist wach
- Läuft draußen herum
- Spielt

Projekt: Epilepsie bei Landseern

- Treibt Sport mit dem Besitzer
 Sonstiges, bitte spezifizieren

4.8 Können Sie die Zeit unmittelbar vor dem Beginn und den Beginn eines Anfalls genau beschreiben?

.....

4.9 Haben Sie jemals versucht, unmittelbar vor einem Anfall Ihren Hund zu rufen oder Kontakt aufzunehmen?

- Ja
 Nein

4.10 Falls Sie die vorherige Frage mit ja beantwortet haben, bitte beschreiben Sie den Status des Bewusstseins Ihres Hundes!

- Völlig normal (*reagiert normal auf Sprache*)
 Abnormal, aber nicht völlig abwesend (*reagiert irgendwie auf Sprache oder Berührung*)
 Völlig abwesend (*reagiert in keiner Weise auf Sprache oder Berührung*)

4.11 Wie lange dauert ein typischer Anfall? (ohne die Phasen vor und nach dem Anfall)

Ein typischer Anfall dauert ca. min
 Der kürzeste Anfall dauerte ca. min
 Der längste Anfall dauerte ca. min

4.12 Beschreibung des Anfalls:

Geben Sie Ihre Einschätzung zur Bedeutung der einzelnen Symptome während eines typischen Anfalls Ihres Hundes an (Bitte alle Fragen beantworten).

In die Kästchen am Anfang der Zeile schreiben Sie bitte mit Zahlen die Reihenfolge, mit der die einzelnen Symptome während eines Anfalls auftreten. Wenn zwei oder mehr Symptome gleichzeitig auftreten, dann benützen Sie bitte die gleiche Zahl für diese Symptome.

- | | | | | |
|--|--------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Versteifung Hals & Gliedmassen | <input type="checkbox"/> Immer | <input type="checkbox"/> Häufig | <input type="checkbox"/> Selten | <input type="checkbox"/> Nie |
| <input type="checkbox"/> Fallen | <input type="checkbox"/> Immer | <input type="checkbox"/> Häufig | <input type="checkbox"/> Selten | <input type="checkbox"/> Nie |
| <input type="checkbox"/> Lokales Muskelzucken | <input type="checkbox"/> Immer | <input type="checkbox"/> Häufig | <input type="checkbox"/> Selten | <input type="checkbox"/> Nie |
| <input type="checkbox"/> Tremor | <input type="checkbox"/> Immer | <input type="checkbox"/> Häufig | <input type="checkbox"/> Selten | <input type="checkbox"/> Nie |
| <input type="checkbox"/> Verdrehen des Kopfes | <input type="checkbox"/> Immer | <input type="checkbox"/> Häufig | <input type="checkbox"/> Selten | <input type="checkbox"/> Nie |
| <input type="checkbox"/> Verkrampfen der Gesichtsmuskeln | <input type="checkbox"/> Immer | <input type="checkbox"/> Häufig | <input type="checkbox"/> Selten | <input type="checkbox"/> Nie |
| <input type="checkbox"/> Wasserlassen | <input type="checkbox"/> Immer | <input type="checkbox"/> Häufig | <input type="checkbox"/> Selten | <input type="checkbox"/> Nie |
| <input type="checkbox"/> Kotabsatz | <input type="checkbox"/> Immer | <input type="checkbox"/> Häufig | <input type="checkbox"/> Selten | <input type="checkbox"/> Nie |
| <input type="checkbox"/> Vorübergehender Atemstillstand | <input type="checkbox"/> Immer | <input type="checkbox"/> Häufig | <input type="checkbox"/> Selten | <input type="checkbox"/> Nie |
| <input type="checkbox"/> Speichelfluss | <input type="checkbox"/> Immer | <input type="checkbox"/> Häufig | <input type="checkbox"/> Selten | <input type="checkbox"/> Nie |
| <input type="checkbox"/> Pupillenerweiterung | <input type="checkbox"/> Immer | <input type="checkbox"/> Häufig | <input type="checkbox"/> Selten | <input type="checkbox"/> Nie |
| <input type="checkbox"/> Kaubewegungen | <input type="checkbox"/> Immer | <input type="checkbox"/> Häufig | <input type="checkbox"/> Selten | <input type="checkbox"/> Nie |
| <input type="checkbox"/> Änderung der Körperhaltung | <input type="checkbox"/> Immer | <input type="checkbox"/> Häufig | <input type="checkbox"/> Selten | <input type="checkbox"/> Nie |
| <input type="checkbox"/> Jagt seinem Schwanz hinterher | <input type="checkbox"/> Immer | <input type="checkbox"/> Häufig | <input type="checkbox"/> Selten | <input type="checkbox"/> Nie |
| <input type="checkbox"/> Bewegt sich im Kreis | <input type="checkbox"/> Immer | <input type="checkbox"/> Häufig | <input type="checkbox"/> Selten | <input type="checkbox"/> Nie |
| <input type="checkbox"/> Vorübergehende Bewusstlosigkeit | <input type="checkbox"/> Immer | <input type="checkbox"/> Häufig | <input type="checkbox"/> Selten | <input type="checkbox"/> Nie |
| <input type="checkbox"/> Starrer Blick | <input type="checkbox"/> Immer | <input type="checkbox"/> Häufig | <input type="checkbox"/> Selten | <input type="checkbox"/> Nie |
| <input type="checkbox"/> Sucht die Nähe von Menschen | <input type="checkbox"/> Immer | <input type="checkbox"/> Häufig | <input type="checkbox"/> Selten | <input type="checkbox"/> Nie |
| <input type="checkbox"/> Stösst an Gegenstände | <input type="checkbox"/> Immer | <input type="checkbox"/> Häufig | <input type="checkbox"/> Selten | <input type="checkbox"/> Nie |
| <input type="checkbox"/> Vorübergehender Sehverlust | <input type="checkbox"/> Immer | <input type="checkbox"/> Häufig | <input type="checkbox"/> Selten | <input type="checkbox"/> Nie |
| <input type="checkbox"/> Bellen | <input type="checkbox"/> Immer | <input type="checkbox"/> Häufig | <input type="checkbox"/> Selten | <input type="checkbox"/> Nie |
| <input type="checkbox"/> Angst | <input type="checkbox"/> Immer | <input type="checkbox"/> Häufig | <input type="checkbox"/> Selten | <input type="checkbox"/> Nie |
| <input type="checkbox"/> Aggressivität | <input type="checkbox"/> Immer | <input type="checkbox"/> Häufig | <input type="checkbox"/> Selten | <input type="checkbox"/> Nie |

Projekt: Epilepsie bei Landseern

4.13 Beschreiben Sie den Ablauf eines typischen Anfalls Ihres Hundes:

.....

.....

.....

.....

4.14 Verlaufen alle Anfälle Ihres Hundes ähnlich?

- Ja
 Nein

4.15 Hatten Sie jemals den Eindruck, dass sich ein Körperteil Ihres Hundes während eines Anfalls anders als der Rest des Hundes verhält? Zum Beispiel stärkeres Krampfen etc.

- Ja, inwiefern?
- Nein

4.16 Konnten Sie jemals den Verlauf eines Anfalls beeinflussen?

- Ja, inwiefern?
- Nein

c) Phase nach dem Anfall

Zeitspanne: Minuten bis Stunden nach dem Anfall

4.17 Glauben Sie, dass Ihr Hund nach einem Anfall realisiert, was passiert ist?

- Ja
 Nein

Warum?

4.18 Haben Sie Angst vor den Reaktionen Ihres Hundes nach einem Anfall?

- Ja, Warum?
- Nein

4.19 Reagiert Ihr Hund, wenn Sie ihn nach einem Anfall rufen?

- Ja
 Nein

4.20 Haben Sie Ihrem Hund jemals nach einem Anfall ein Kommando gegeben?

- Ja
 Nein

4.21 Falls ja, was passierte?

- Der Hund gehorchte normal.
 Der Hund gehorchte, verhielt sich aber ungewöhnlich.
 Der Hund gehorchte nicht.

4.22 Bitte beschreiben Sie, was in den Minuten, Stunden und Tagen nach einem Anfall passiert und zu welcher Zeit nach dem Anfall die einzelnen Dinge passieren.

- Hund ist müde
 Hund läuft umher
 Hund ist aggressiv
 Hund trinkt
 Hund frisst
 Hund möchte nach draußen
 Hund möchte nicht aufstehen
 Hund würgt oder übergibt sich
 Sonstiges, bitte spezifizieren

Projekt: Epilepsie bei Landseern

4.23 Wie lange braucht Ihr Hund, bis er sich nach einem Anfall wieder in einen normalen Zustand befindet?

- Weniger als 5 Minuten 1-2 Stunden
 5-15 Minuten 2-6 Stunden
 15-30 Minuten Mehr als 6 Stunden
 30-60 Minuten Hund benimmt sich unmittelbar nach dem Anfall wieder normal

5. Tierärztliche Untersuchungen und Gesundheitszustand des Hundes:

5.1 Hat ein Tierarzt die Diagnose Epilepsie bei Ihrem Hund gestellt?

- Ja
 Nein

Name/Adresse/Telefonnr. des behandelnden Tierarztes, sofern bekannt: *(freiwillige Angabe)*

.....

.....

.....

5.2 Welche Untersuchungen wurden bisher bei Ihrem Hund durchgeführt?

- | | |
|---|--|
| Neurologische Untersuchung | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht bekannt |
| Blutuntersuchung | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht bekannt |
| Leberfunktionstest (Gallensäuren, Ammoniak) | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht bekannt |
| Elektroenzephalogramm (EEG) | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht bekannt |
| Untersuchung des Liquor (Hirnwasserflüssigkeit) | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht bekannt |
| Computertomographie (CT) | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht bekannt |
| Kernspintomographie (MR) | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht bekannt |
| Kardiologische (Herz-) Untersuchung | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht bekannt |
| Andere Untersuchungen | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |

Falls ja, welche?.....

5.3 Wurde Ihr Hund jemals auf eine der folgenden Krankheiten getestet bzw. untersucht?

- Collie eye anomalie (CEA)
 Ergebnis:.....
- Trapped Neutrophil Syndrom (TNS)
 Ergebnis:.....
- Ceroid Lipofuscinosis (CL)
 Ergebnis:.....
- MDR-1-Gendefekt
 Ergebnis:.....
- Hüftgelenkdysplasie (HD) Ergebnis:.....

5.4 Hat Ihr Hund neben den Anfällen zurzeit noch andere ernste Gesundheitsstörungen?

- Nein
 Ja, welche

5.5 Hatte Ihr Hund in der Vergangenheit neben den Anfällen noch andere ernste Gesundheitsstörungen?

- Nein
 Ja, welche?.....

5.6 Erhält Ihr Hund aufgrund einer anderen Erkrankung Medikamente oder Therapien?

- Nein Ja, was/seit wann?.....

5.7 Hatte Ihr Hund je einen schweren Unfall mit Ohnmacht oder Verletzung des Kopfes?

- Nein Ja, was/wann?.....

Projekt: Epilepsie bei Landseern

5.8 Brauchte Ihr Hund während der ersten Lebenswochen eine spezielle Behandlung?

- Ja, welche?.....
- Nein

5.9 Gab es irgendwelche Komplikationen bei der Geburt Ihres Hundes?

- Nein
- Ja, welche?.....

5.10 Gibt es sonst eine relevante Vorgeschichte?

- Nein
- Ja, welche?.....

Fragen für Hündinnen**5.11 Hat Ihre Hündin Nachkommen?**

- Ja, Anzahl der Würfe?
- Nein

Fragen für Rüden**5.12 Zeigt Ihr Rüde normales Sexualverhalten?**

- Ja
- Nein, inwiefern ist es nicht normal?

5.13 Hat Ihr Rüde Nachkommen?

- Ja, Anzahl der Würfe?
- Nein

6. Fragen zu den Epilepsie Medikamenten:**6.1 Bekommt Ihr Hund regelmäßig Medikamente gegen die Anfälle?**

- Ja, seit.....
- Nein

6.2 Wie lange war der Abstand, zwischen dem 1. Anfall und dem Beginn der Medikamentengabe?

- Tage
- Wochen
- Monate
- Jahre
- Therapie begann unmittelbar nach dem 1. Anfall

6.3 Aktuelle Medikamente:

- Phenobarbital (Luminal[®]),
Dosierung:.....seit.....
- Phenobarbital (Luminaletten[®]),
Dosierung:.....seit.....
- Kaliumbromid (Dibro-BE mono[®]),
Dosierung:.....seit.....
- Andere

6.4 Wird der Wirkspiegel des Medikaments/der Medikamente bei ihrem Hund kontrolliert?

- Nein
- Ja, die letzte Messung amergab folgende Werte:
Phenobarbital.....
Kaliumbromid.....
Andere.....

6.5 Wurde die Dosierung der Medikamente seit der letzten Wirkspiegelkontrolle verändert?

- Ja, und zwar.....
- Nein

Projekt: Epilepsie bei Landseern

6.6 Haben die aktuellen Medikamente die Häufigkeit der Anfälle verringert?

- Die Anfälle werden vollständig unterdrückt.
 Die Anfälle reduzierten sich auf die Hälfte.
 Die Anfälle reduzierten sich, aber nur für einige Zeit
 Die Anfälle reduzierten sich ein wenig.
 Die Anfälle reduzierten sich gar nicht.

6.7 Haben die Medikamente die Intensität der Anfälle verringert?

- Nein Ja, inwiefern?

6.8 Zeigten sich bei Ihrem Hund Nebenwirkungen auf die Medikamente?

- Nein Hund trinkt mehr Erbrechen Gewichtszunahme
 Müdigkeit Bewegungsstörungen
 Sonstige,
 welche?.....

6.9 Schränken die Medikamente die Arbeitsfähigkeit / sportliche Leistung Ihres Hundes ein?

- Ja
 Nein

6.10 Haben Sie früher auch noch andere Medikamente gegeben?

- Nein
 Ja, welche?.....

6.11 Über welchen Zeitraum gaben Sie die Medikamente?.....**6.12 Wurde der Wirkspiegel der Medikamente bei ihrem Hund überprüft?** Ja Nein

Wenn Ja, kennen Sie die Werte; lagen die Werte im wirksamen Bereich? Ja Nein

6.13 Haben die früheren Medikamente die Häufigkeit der Anfälle verringert?

- Die Anfälle werden vollständig unterdrückt. Die Anfälle reduzierten sich ein wenig.
 Die Anfälle reduzierten sich auf die Hälfte. Die Anfälle reduzierten sich gar nicht.
 Die Anfälle reduzierten sich, aber nur für eine kurze Zeit

6.14 Haben die früheren Medikamente die Intensität der Anfälle verringert?

- Nein Ja, inwiefern?

6.15 Zeigten sich bei Ihrem Hund Nebenwirkungen auf die früheren Medikamente?

- Nein Hund trinkt mehr Erbrechen Gewichtszunahme
 Müdigkeit Bewegungsstörungen
 Sonstige,
 welche?.....
-

6.16 Geben/Gaben Sie Ihrem Hund irgendwelche pflanzlichen Wirkstoffe, Diäten, homöopathische oder andere alternative Medikamente gegen die Epilepsie?

- Nein Ja, welche?

6.17 Haben Sie Erfolge der alternativen Medikamente beobachtet?

- Ja, nur kurz Ja, dauerhaft Nein

6.18. Was füttern Sie Ihrem Hund? (mehr als eine Antwort möglich)

- Trockenfutter Nassfutter Ich koche selbst
 Spezielle Diät, welche?.....

