

Shetland Sheepdog Gesundheitsfragebogen



Unser Sheltie – eine sehr gesunde Rasse !

Davon sind *Sheltie News* und die im *VDH e.V.* Sheltie Zuchtbuch führenden Vereine (*Club für Britische Hütehunde e.V.* & *I. Shetland Sheepdog Club Deutschland e.V.*) überzeugt. Mit dem Fragebogen möchten wir dies auch beweisen. Wir erhoffen uns, eine bessere Einsicht in den Gesundheitszustand unserer Rasse zu erhalten. Teilen Sie uns deshalb mit, wenn Ihr Sheltie Ihre Anschaffungsvorstellungen erfüllt(te) und Sie zufrieden mit ihm sind (waren). Auch wenn Sie Probleme haben (hatten), sollten Sie sich nicht scheuen, uns dies zu berichten. Die Bemühungen zum Wohle der Rasse dürfen nie zum Stillstand kommen. Nur wenn ein Problem erkannt wird, können die Vereine und somit die Züchter, etwas dagegen unternehmen. Wir bitten JEDEN Sheltiebesitzer (auch Nicht-Abonnenten und Nicht-Vereins-Mitglieder) um Mithilfe. Je mehr Sheltiebesitzer das Formular ausfüllen, je breit gefächerter die Antworten aus den unterschiedlichsten Zuchtstätten sind, desto aussagekräftiger wird das Ergebnis sein.

Alle Daten werden vertraulich behandelt. Die Personen- sowie Sheltie identifizierenden Angaben werden ohne ausdrückliche Zustimmung NICHT an Dritte weitergegeben. Eine statistische Ergebnisveröffentlichung erfolgt kontinuierlich in *Sheltie News* (auch online) und evtl. in Publikationen der teilnehmenden Vereine.

Falls Sie mit dem Platz nicht auskommen, fügen Sie ein zusätzliches Blatt an. Sie dürfen das Formular kopieren, so dass Sie es für mehrere Hunde benutzen und / oder an andere Sheltiebesitzer verteilen können. Ausgefüllte Formulare senden Sie bitte an Martina Feldhoff,

Neustadter Str. 5, 56593 Epgert, Fax 02687-2579, eMail: Feldhoff-SheltieNews@t-online.de

Für weitere Informationen können Sie auch telefonisch unter 02687-502 Kontakt aufnehmen.

I. Angaben zum Sheltie-Eigentümer:

Name:	
Anschrift:	
Dürfen wir Kontakt mit Ihnen aufnehmen?	Nein <input type="checkbox"/> / Ja <input type="checkbox"/> , per Tel.: per eMail:
Vereinsmitgliedschaft: Ja, im	CfBrH <input type="checkbox"/> / I. SSCD <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>
Wer gab Ihnen dieses Formular oder machte Sie auf die Gesundheitsbefragung aufmerksam?	Sheltie News <input type="checkbox"/> / ein Züchter <input type="checkbox"/> / ein Besitzer <input type="checkbox"/> mit Name: Züchter meines Shelties: <input type="checkbox"/> / Verein <input type="checkbox"/> / Internet <input type="checkbox"/>

II. Angaben zum Sheltie:

Vollständiger Hundename:	
Zuchtbuch-Nr.:	Wurde für diesen Sheltie schon einmal ein Formular eingesendet? Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>
Geburtsdatum:	
Ist Ihr Sheltie, für den Sie das Formular ausfüllen, inzwischen verstorben?	Nein <input type="checkbox"/> / Ja <input type="checkbox"/> - A) Todesursache:
Farbe:	Todesalter (in Jahren oder Datum):
Zu welchem Zweck haben (hatten) Sie diesen Sheltie angeschafft?	als Familienhund <input type="checkbox"/> / für Schauen <input type="checkbox"/> / Zucht <input type="checkbox"/> als Arbeits- bzw. Sporthund <input type="checkbox"/> /

1. Verhalten, Wesen:

Wie ist (war) das Verhalten Ihres Shelties?	Bewertung auf einer Skala von 1 bis 5: 1 = schlecht <input type="checkbox"/> / 2 <input type="checkbox"/> / 3 <input type="checkbox"/> / 4 <input type="checkbox"/> / 5 = super <input type="checkbox"/>
Welche guten Eigenschaften hat(te) er?	
Welche schlechten Eigenschaften?	

Sheltie News – Gesundheitsfragebogen - 2009

Gab es ungewöhnliche Verhaltensänderungen? Nein <input type="checkbox"/> / Ja <input type="checkbox"/>	Welche? Warum?
---	-------------------------------

2. Haut und Fell:

Hat(te) Ihr Sheltie schon mal Haut- oder Fellprobleme? Nein <input type="checkbox"/> / Ja <input type="checkbox"/>	Schuppen <input type="checkbox"/> / rote Flecken <input type="checkbox"/> / kahle Stellen <input type="checkbox"/> / Krusten <input type="checkbox"/> / Juckreiz <input type="checkbox"/> / Sonstiges:
Wo befand sich die Problemzone?	
(Tierarzt-) <input type="checkbox"/> Diagnose:	
Behandlung:	
Störte Ihren Hund das Problem (negativen Einfluss auf die Lebensqualität)?	Nein <input type="checkbox"/> / Ja <input type="checkbox"/> , weil:

3. Augen und Sehvermögen:

Hat(te) Ihr Sheltie Probleme mit seinen Augen oder seiner Sehkraft?	Nein <input type="checkbox"/> / Ja <input type="checkbox"/> , nämlich tränende Augen <input type="checkbox"/> / entzündete Augen <input type="checkbox"/> / Sonstiges:
(Tierarzt-) <input type="checkbox"/> Diagnose:	
Behandlung:	
Wurde Ihr Sheltie auf Augenerkrankungen untersucht? Nein <input type="checkbox"/> / Ja <input type="checkbox"/>	Untersuchungsalter (-datum): Untersucher:
Ist eine Abweichung festgestellt worden? Nein <input type="checkbox"/> / Ja <input type="checkbox"/> . Welche?	CEA (Collie Augen Anomalie) <input type="checkbox"/> / Kolobom (Ausstülpung, Spalte) <input type="checkbox"/> der Iris <input type="checkbox"/> / PRA (Progressive Netzhaut Atrophie) <input type="checkbox"/> / Katarakt (grauer Star) <input type="checkbox"/> / Korneadystrophie (Trübung der Hornhaut durch Lipidkristalle) <input type="checkbox"/> / RD (Retinadysplasie) <input type="checkbox"/> / Distichiasis (aus Lidrand entspringende Haare) <input type="checkbox"/> / Entropium (Einwärtsrollung des Lidrandes) <input type="checkbox"/> / MPP (fehlende Rückbildung embryonaler Gefäßstrukturen) <input type="checkbox"/> / Sonstiges:
Störte Ihren Hund das Problem (negativen Einfluss auf die Lebensqualität)?	Nein <input type="checkbox"/> / Ja <input type="checkbox"/> , weil:

4. Ohren und Gehör:

Hat(te) Ihr Sheltie Probleme mit seinen Ohren?	Nein <input type="checkbox"/> / Ja <input type="checkbox"/> , nämlich Irritation <input type="checkbox"/> / Ohrentzündung <input type="checkbox"/> / Sonstiges:
Wie ist (war) sein Hörvermögen?	gut bzw. keine Probleme <input type="checkbox"/> / schlecht <input type="checkbox"/> / taub <input type="checkbox"/>
Ab wann (Alter oder Datum):	
(Tierarzt-) <input type="checkbox"/> Diagnose:	

5. Zähne und Gebiss:

Hat(te) Ihr Sheltie Probleme mit seinen Zähnen oder seinem Gebiss?	Nein <input type="checkbox"/> / Ja <input type="checkbox"/> , nämlich Schwierigkeiten beim Zahnwechsel <input type="checkbox"/> . Welche? / schief gestellte Fangzähne im Oberkiefer <input type="checkbox"/> / im Unterkiefer <input type="checkbox"/> / Zahnstein <input type="checkbox"/> . Ab wann? / fehlende Zähne <input type="checkbox"/> . Welche? / abweichende Kieferstellung <input type="checkbox"/> . Welche? / Sonstiges:
Störte Ihren Hund das Problem (negativen Einfluss auf die Lebensqualität)?	Nein <input type="checkbox"/> / Ja <input type="checkbox"/> , weil:

6. Verdauung (Magen - Darm):

Hat(te) Ihr Sheltie Probleme mit der Verdauung (Magen, Darm)? Nein <input type="checkbox"/> / Ja <input type="checkbox"/> , nämlich	a) Erbrechen <input type="checkbox"/> , regelmäßig nach dem Fressen <input type="checkbox"/> , einige Stunden nach dem Fressen <input type="checkbox"/> , oder b) Durchfall <input type="checkbox"/> , mit Blut <input type="checkbox"/> / bei Stress <input type="checkbox"/> , beim Fressen von bestimmtem Futter <input type="checkbox"/> . Welchem? Farbabweichungen <input type="checkbox"/> . Welche? c) Sonstiges:
Trinkt (Trank) er viel? Nein <input type="checkbox"/> / Ja <input type="checkbox"/>	Muss(te) er viel Urin absetzen? Nein <input type="checkbox"/> / Ja <input type="checkbox"/>
(Tierarzt-) <input type="checkbox"/> Diagnose:	
Wie viele Kg wiegt (wog) er?	Wie frisst (fraß) Ihr Sheltie gut <input type="checkbox"/> / schlecht <input type="checkbox"/> ?
Wie groß ist (war) er? cm	Ist (war) er zu dünn <input type="checkbox"/> / ideal <input type="checkbox"/> / zu dick <input type="checkbox"/> ?

7. Geschlechtsspezifische Fragen: Der Rüde :

Sind die Hoden im Hodensack?	Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/> . Es fehlt(e) einer <input type="checkbox"/> / beide <input type="checkbox"/>
Hat(te) er Probleme mit der Prostata?	Nein <input type="checkbox"/> / Ja <input type="checkbox"/> . Behandlung:
Wurde Ihr Rüde kastriert?	Nein <input type="checkbox"/> / Ja <input type="checkbox"/> . Wann (Alter, Datum)?
Warum wurde er kastriert?	
Hat er gedeckt? Nein <input type="checkbox"/> / Ja <input type="checkbox"/>	Gab es Nachwuchs? Nein <input type="checkbox"/> / Ja <input type="checkbox"/> . Wie oft?
Deckte er mit Künstlicher Befruchtung?	Nein <input type="checkbox"/> / Ja <input type="checkbox"/> . Wie oft?

Die Hündin :

Ist Ihre Hündin regelmäßig läufig?	Nein <input type="checkbox"/> / Ja <input type="checkbox"/> , alle Monate.
Wurde Ihre Hündin scheinträchtig?	Nein <input type="checkbox"/> / Ja <input type="checkbox"/> . Wie oft?
Hatte sie eine Gebärmutterentzündung?	Nein <input type="checkbox"/> / Ja <input type="checkbox"/>
Andere Läufigkeitsprobleme?	Hitze ohne Blutung <input type="checkbox"/> / Splittläufigkeit <input type="checkbox"/> / Sonstiges:
Wurde Ihre Hündin belegt?	Nein <input type="checkbox"/> / Ja <input type="checkbox"/> . Wie oft?
Hat sie Welpen bekommen?	Nie <input type="checkbox"/> / Ja <input type="checkbox"/> . Wie viele Würfe?
Sind Welpen verstorben?	Nein <input type="checkbox"/> / Ja <input type="checkbox"/> . Wie viele?
Welpen-Todesursache(n):	
Tierarzt-Hilfe bei der Geburt?	Nein <input type="checkbox"/> / Ja <input type="checkbox"/> , wie?
Ist Ihre Hündin sterilisiert?	Nein <input type="checkbox"/> / Ja <input type="checkbox"/> . Wann (Alter, Datum)?
Warum wurde sie sterilisiert?	

8. Bewegungsapparat (Knochen, Muskeln, Bänder usw.):

Hat(te) Ihr Sheltie Probleme mit dem Bewegungsapparat?	Nein <input type="checkbox"/> / Ja <input type="checkbox"/> , denn er lahmt(e) regelmäßig <input type="checkbox"/> / hat(te) Ärger mit dem Rücken <input type="checkbox"/> / Kreuzband <input type="checkbox"/> / Sprunggelenk (Fersenbein) <input type="checkbox"/> / den Krallen <input type="checkbox"/> / der Bandscheibe <input type="checkbox"/> / Sonstiges:
In welchem Alter?	
(Tierarzt-) <input type="checkbox"/> Diagnose:	
Behandlung:	
Wurde auf eine der folgenden Ab- weichungen untersucht (geröntgt)? Nein <input type="checkbox"/> / Ja <input type="checkbox"/> . Wann?	Hüftgelenkdysplasie (HD) <input type="checkbox"/> , Grad: Ellbogendysplasie (ED) <input type="checkbox"/> , Grad: Patella Luxation (PL) <input type="checkbox"/> , Grad:
Störte Ihren Hund das Problem (nega- tiven Einfluss auf die Lebensqualität)?	Nein <input type="checkbox"/> / Ja <input type="checkbox"/> , weil:

9. Atmung, Herz, Kreislauf:

Hat(te) Ihr Sheltie Probleme mit der Atmung, dem Herz oder Kreislauf?	Nein <input type="checkbox"/> / Ja <input type="checkbox"/> , schnell müde <input type="checkbox"/> / Husten <input type="checkbox"/> / Benommenheit <input type="checkbox"/> / Sonstiges:
In welchem Alter das 1.mal?	
(Tierarzt-) <input type="checkbox"/> Diagnose:	
Behandlung:	
Störte Ihren Hund das Problem (negativen Einfluss auf die Lebensqualität)?	Nein <input type="checkbox"/> / Ja <input type="checkbox"/> , weil:

10. Sonstige Abweichungen, Organprobleme, Untersuchungen usw.:

Schilddrüse <input type="checkbox"/> , nähere Infos:	
Cushing (Hyperkortisolismus) <input type="checkbox"/> :	Diabetes <input type="checkbox"/>
Nieren <input type="checkbox"/> , nähere Infos:	
Bauchspeicheldrüse <input type="checkbox"/> , nähere Infos:	
Leber <input type="checkbox"/> , nähere Infos:	
Epilepsie (Anfälle) <input type="checkbox"/> , nähere Infos:	
Tumor gutartig <input type="checkbox"/> / bösartig <input type="checkbox"/> :	Wo?
Nabelbruch <input type="checkbox"/> / Leistenbruch <input type="checkbox"/>	OP: Nein <input type="checkbox"/> / Ja <input type="checkbox"/> . Wann (Alter, Datum)?
Ab wann trat das Problem auf?	
Behandlung:	
Störte Ihren Hund das Problem (negativen Einfluss auf die Lebensqualität)?	Nein <input type="checkbox"/> / Ja <input type="checkbox"/> , weil:

11. Narkose, Operation, MDR1:

Brauchte Ihr Sheltie eine Narkose?	Nein <input type="checkbox"/> / Ja <input type="checkbox"/> . Warum?
Wurde Ihr Sheltie operiert?	Nein <input type="checkbox"/> / Ja <input type="checkbox"/> . Warum?
Wie wurde die Narkose / Operation überstanden?	Gut <input type="checkbox"/> / Schlecht <input type="checkbox"/> . Wieso?
MDR1 Status vor der OP bekannt?	Nein <input type="checkbox"/> / Ja <input type="checkbox"/>
Wie ist sein MDR1 Status?	(+/-) <input type="checkbox"/> / (+/-) <input type="checkbox"/> / (-/-) <input type="checkbox"/> / nicht bekannt <input type="checkbox"/>
Haben Sie Medikamenten-Unverträglichkeiten festgestellt?	Nein <input type="checkbox"/> / Ja <input type="checkbox"/> . Welche?

12. Immunsystem:

Wurden bei Ihrem Sheltie Probleme mit dem Immunsystem festgestellt?	Nein <input type="checkbox"/> / Ja <input type="checkbox"/> . Welche?
Behandlung:	

13. Infektionen, Impfen, Parasitenvorbeuge bzw. -bekämpfung:

Hatte Ihr Sheltie schon mal eine Infektion (Virus / bakteriell / parasitär)?	Nein <input type="checkbox"/> / Ja <input type="checkbox"/> . Nähere Infos:
Lassen (Ließen) Sie Ihren Sheltie (regelmäßig) impfen? Nein <input type="checkbox"/> / Ja <input type="checkbox"/> . Wo gegen?	Staupe <input type="checkbox"/> / Hepatitis <input type="checkbox"/> / Leptospirose <input type="checkbox"/> / Parvovirose <input type="checkbox"/> / Tollwut <input type="checkbox"/> / Zwingerhusten <input type="checkbox"/> / Borreliose <input type="checkbox"/> / Herpes <input type="checkbox"/> / Sonstiges:
In welchen Abständen impf(ten) Sie?	
Welche Mittel benutzten Sie zur Bekämpfung / Vorbeuge von Parasiten? Wie oft?
Datum:	Anmerkung: