

## TIERÄRZTLICHER BERICHT

Police Nr. ....

Schaden Nr. ....

### Besitzer des Tieres

Name .....  
Vorname .....  
Adresse .....  
PLZ Ort .....  
Geburtsdatum .....

### Tierarzt

Name .....  
Vorname .....  
Adresse .....  
PLZ Ort .....  
Tel.Nr. ....

### Angaben über das Tier

Name ..... Alter ..... Gattung ..... Rasse .....  
Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich Mikrochip ..... Nutzung .....

### Tierärztlicher Bericht

**Beginn der Symptome** ...../...../..... ☐ Krankheit akut ☐ Unfall, Datum ...../...../.....  
**Beginn der Behandlung** ...../...../..... ☐ Krankheit chronisch ☐ Prävention/  
☐ Krankheit angeboren / hereditär ☐ Vorsorgeuntersuchung

### Symptome

.....  
.....  
.....

**Diagnose** .....

**Prognose** .....

Ist die Behandlung abgeschlossen? ☐ Ja ☐ Nein Falls Ja, Datum ...../...../.....

Schlachtung angezeigt ☐ Ja ☐ Nein

Euthanasie empfohlen ☐ Ja ☐ Nein Falls Ja, Datum ...../...../.....

Wird Ihr Pferd bei einem/mehreren anderen Tierarzt/-ärzten betreut?.....

### Vorschläge für das weitere Vorgehen

.....  
.....

### Bemerkungen

.....  
.....  
.....

Wir erinnern Sie daran, dass Sie für Ihre Aussage haften und sich im Falle einer falschen Deklaration den gesetzlich vorgesehenen Strafverfolgungsmassnahmen aussetzen. Wir erinnern Sie auch daran, dass unsere Versicherungsnehmer/-innen mit Ihrer Unterschrift jeden Tierarzt von der Schweigepflicht gegenüber unserer Gesellschaft entbinden.

**Danke für das vollständige Ausfüllen dieses Formulars, ansonsten können wir das Dossier nicht bearbeiten.**

Ort und Datum .....

Unterschrift des Tierarztes .....