

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 Formulares, ansonsten können wir das Dossier nicht bearbeiten.

Ort und Datum

Unterschrift des Tierarztes