

TIERÄRZTLICHER BERICHT

Besitzer des Tieres Police Nr. Schaden Nr. Tierarzt

Name Vorname Adresse PLZ Ort Geburtsdatum

Name Vorname Adresse PLZ Ort Tel.Nr.

Angaben über das Tier

Name Gattung Rasse Geschlecht männlich weiblich Alter Mikrochip Nutzung

Tierärztlicher Bericht

Beginn der Symptome Beginn der Behandlung Symptome Diagnose Prognose Ist die Behandlung abgeschlossen? Schlachtung angezeigt Euthanasie empfohlen 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