

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/...../..... Krankheit akut Unfall
 Beginn der Behandlung/...../..... Krankheit chronisch **Datum des Unfalls**/...../.....
 Krankheit angeboren / hereditär

Symptome

Diagnose

Prognose

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

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

Ort und Datum

Unterschrift des Tierarztes