

TIERARZTBERICHT – Bitte füllen Sie den Bericht vollständig aus, andernfalls kann das Dossier nicht bearbeitet werden.

Tierhalter/in:

Name, Vorname: Policen-Nr.:

Strasse, PLZ, Ort: Schadens-Nr.:

Angaben zum Tier:

Name: Gattung: Rasse:

Geburtsdatum:/...../..... Geschlecht: W M Kastriert Mikrochip:

Tier in Ihrer Praxis seit:/...../.....

Wird das Tier auch in anderen Tierarztpraxen behandelt? Nein

Ja Kontaktdaten:

.....

Tierarztbericht:

Erkrankung: Akut Chronisch Angeboren/Erblich Verhaltensbedingt

Beginn der Symptome:/...../.....

Beginn der Behandlung:/...../.....

Unfall

Unfalldatum:/...../.....

Konsultationsart

Notfall

Überweisung Kontaktdaten:

.....

Prävention/Früherkennung

Symptome

Diagnose(n)

Prognose

Weitere Hinweise:

Ist die Behandlung abgeschlossen? Nein
 Ja Datum:/...../.....

Das Problem besteht weiterhin, ohne aktuelle klinische Symptome:

Geschätztes Rückfallrisiko: Gering Mässig Hoch

Wird eine Euthanasie empfohlen? Nein
 Ja Datum:/...../.....

Bemerkungen

- Jede falsche Angabe kann zu Ihrer Haftung führen und strafrechtlich verfolgt werden.
- Mit Unterzeichnung des Versicherungsantrags entbindet der/die Versicherte sämtliche Tierärzte gegenüber unserer Gesellschaft vom Berufsgeheimnis.
- Die durch die Erstellung des Tierarztberichts entstehenden Verwaltungskosten werden vom Versicherer nicht übernommen. Sie gehen zu Ihren Lasten bzw. zu Lasten Ihres Kunden.

Stempel des Tierarztes

Name, Vorname des Tierarztes:

Telefonnummer des Tierarztes:

*Die Kontaktdaten und der Stempel des Tierarztes sind obligatorisch.

Ort und Datum **Unterschrift des Tierarztes**