



GESUNDHEITSZEUGNIS FÜR THERAPIEHUNDE

Tierbesitzer/Tierbesitzerin

Name:

Adresse:

Telefonnummer:

e-mail:

Hund

Name:

Rasse:

Geburtsdatum:

Geschlecht: männlich weiblich

kastriert: ja nein

Chipnummer:

Vorbericht

Bisherige Erkrankungen:

Dauermedikation:

Datum letzte Tollwutimpfung:

gültig bis:

letzte Entwurmung am

mit

oder Kotuntersuchung am

Frei von Ektoparasiten

ja

nein

Klinische Untersuchung (für Anmerkungen verwenden Sie bitte die Rückseite)

- Ernährungszustand: mager ideal übergewichtig
- Schleimhäute: ohne Befund Anmerkung auf der Rückseite
- Zahnstein: kein ggr. mgr. hgr.
- Hautoberfläche u. Haarkleid: ohne Befund Anmerkung auf der Rückseite
- innere Körpertemperatur: ohne Befund Anmerkung auf der Rückseite
- Atmung/Lunge: ohne Befund Anmerkung auf der Rückseite
- Herz u. Kreislauf: ohne Befund Anmerkung auf der Rückseite
- Abdomen: ohne Befund Anmerkung auf der Rückseite
- schmerzhafte Veränderungen in
Wirbelsäule/ Extremitäten: ohne Befund Anmerkung auf der Rückseite

Der Hund ist schmerzfrei

ja nein

Der Hund ist aus medizinischer Sicht einsatztauglich

ja nein

Tierärztin/Tierarzt

Name:

Adresse:

Telefon:

E-Mail:

Betreuen sie den oben genannten Hund regelmäßig? ja, seit

nein

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel Tierärztin/Tierarzt