



Gesundheitszeugnis für Therapietiere

Tierbesitzer

Name:

Straße:

PLZ / Ort:

Telefon:/.....

Fax:/.....

E-Mail:@.....

Mobiltelefon:/.....

Tier:

Name:

Rasse:

Geb-Datum:

männlich weiblich kastriert ja

Microchip-Nr.:

Tätowierung:

besondere
Kennzeichen:

Vorgeschichte:

bisherige Erkrankungen:

.....
.....
.....

Datum letzte Impfung:



Ergebnis letzte Kotuntersuchung:

Datum letzte Entwurmung:

Präparat:

Dauermedikation:

.....

.....

Klinische Untersuchung

Allgemeinverhalten / Körperhaltung / Ernährungszustand:

.....

.....

.....

Hautoberfläche & Haarkleid:

Schleimhäute:

Körpertemperatur:

Atmung / Lunge:

Herz & Kreislauf:

Bewegungsapparat (schmerzhafte Veränderungen)

Wirbelsäule:

.....

.....

Extremitäten:

.....

.....

Schmerzfreiheit:

- Ja
- Nein

Einsatztauglichkeit aus medizinischer Sicht:

- Ja
- Nein



Bemerkungen:

.....
.....
.....

Tierärztin / Tierarzt (Stempel):

.....

Name:

.....

Anschrift:

.....
.....
.....

Telefon:

Fax:

.....

Datum / Ort

.....

Unterschrift