

Angaben zum Tierhalter (m/w/d)

Name

Vorname

Straße/Hausnummer

PLZ/Ort

Telefon privat

Telefon mobil

E-Mail

Fax

Angaben zum Patienten

Name des Tieres

Art/Rasse

Geburtsdatum Patient (TT / MM / JJ)

Gewicht (kg)

Tätowier-/Chipnummer

 Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich ☐ kastriert

Bitte beantworten Sie folgende Fragen:

Hat oder hatte das Tier Infektionskrankheiten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche?		
Wurde in letzter Zeit ein Gewichtsverlust festgestellt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wird oder wurde das Tier medikamentös behandelt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja mit welchen Medikamenten:		
Zeigte Ihr Tier in der letzten Woche eine reduzierte Nahrungsaufnahme?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Stammt Ihr Tier aus dem (südlichen) europäischen oder nicht europäischen Ausland?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, woher?		

Hat Ihr Tier in der Vergangenheit Blut – oder Blutkomponententransfusionen erhalten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, wann?		
War oder ist das Tier (schon einmal) trächtig oder hatte es Aborte?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
Befindet sich das Tier in gutem Allgemeinzustand?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wurden Vergrößerungen der Lymphknoten festgestellt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wurde das Tier geimpft?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Welche Impfung? Wann?		
Wurde das Tier gegen Ektoparasiten behandelt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Womit? Wann?		
Wurde das Tier gegen Endoparasiten behandelt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Womit? Wann?		

 Ort/ Datum

 Unterschrift Tierhalter (m/w/d)