

Angaben zum Tierhalter (m/w/d)

Name
Straße/Hausnummer
Telefon privat
E-Mail

Vorname
PLZ/Ort
Telefon mobil
Fax

Angaben zum Patienten

Name des Tieres
Geburtsdatum Patient (TT / MM / JJ)
Tätowier-/Chipnummer

Art/Rasse
Gewicht (kg)

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)