

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

Ihr Hund/Ihre Katze spendet in der Regel erst im Bedarfsfall, das bedeutet, Sie werden über das Kontaktformular bei Ihrem Eintrag angeschrieben oder angerufen und können dann eine Blutspende mit dem Besitzer des spendebedürftige(n) Hundes/Katze oder dessen Tierarzt organisieren.

Die Anforderungen entnehmen Sie bitte dem Informationsblatt „**Notfallblutspende**“

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)