

Angaben TierhalterIn

Name Telefon
Adresse e-mail
Plz, Ort

Angaben Hund

Rasse Geb.Datum bzw. Alter
Name Geschlecht
ChipNr. Kastriert ja nein

Bisherige Erkrankungen ja nein
(wenn **ja** bitte umseitig vermerken)

Dauermedikation ja nein
(wenn **ja** bitte umseitig vermerken)

Schmerzen nachweisbar ja nein
(wenn **ja** bitte umseitig vermerken)

Einsatztauglichkeit aus vet.med. Sicht ja nein
(wenn **nein** bitte umseitig vermerken)

Allgemeine klinische Untersuchung
(bitte nur Abweichungen von der Norm vermerken)

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

Parasitologische Untersuchung, Datum und Befund

.....
.....

Datum der letzten Entwurmung

Ort, Datum Unterschrift & Stempel des/der Tierärztin