

## TIERÄRZTLICHER BERICHT

Besitzer des Tieres Name ..... Vorname ..... Adresse ..... PLZ Ort ..... Geburtsdatum .....	Tierarzt Name ..... Vorname ..... Adresse ..... PLZ Ort ..... TelNr. ....
	Police Nr. .... Schaden Nr. ....

### Angaben über das Tier

Name .....	Gattung .....	Rasse .....
Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Alter .....	Mikrochip.....

### Tierärztlicher Bericht

<b>Beginn der Symptome</b> ...../...../..... Beginn der Behandlung ...../...../.....	<input type="checkbox"/> Krankheit akut <input type="checkbox"/> Krankheit chronisch <input type="checkbox"/> Krankheit angeboren/ hereditär	<input type="checkbox"/> Unfall, Datum ...../...../..... <input type="checkbox"/> Prävention/ Vorsorgeuntersuchung
Symptome .....		
Diagnose .....		
Prognose .....		
Euthanasie empfohlen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Falls Ja, Datum ...../...../.....		
Wird Ihr Haustier bei einem oder mehreren Tierärzten betreut ? .....		
Vorschläge für das weitere Vorgehen .....		
Tier in unserer Praxis/Klinik betreut seit dem ..... / ..... / .....		
Bemerkungen .....		

Danke für das vollständige Ausfüllen dieses Formulars, ansonsten können wir das Dossier nicht bearbeiten.

Ort und Datum ..... Unterschrift des Tierarztes .....