



Tierhalter

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Tier/Patient

Name: _____ Tierart: _____ Rasse: _____

Farbe _____ Geschlecht: Männlich Weiblich kastriert unkastriert

Geburtsdatum: _____ Chip-Nr./ UELN: _____

Leidet Ihr Tier an einer chronischen Krankheit / Unverträglichkeit / Allergie? Ja Nein

Wenn ja, woran? _____

Bekommt Ihr Tier momentan vorübergehend oder dauerhaft Medikamente? Ja Nein

Wenn ja, welche? Wie häufig? In welcher Dosierung? Seit wann?

Wurde Ihr Tier schon einmal operiert? Ja Nein

Wenn ja, wann und weshalb? _____

Wenn ja, gab es Ihnen bekannte Komplikationen (auch im Anschluss an die Narkose)? Ja Nein

Wenn ja, welche waren das? _____

Liegt für ihr Tier eine Krankenversicherung vor? Ja Nein

Nur für Pferdebesitzer: Besuchsadresse/Stalladresse:

ggf. Ansprechpartner _____ Telefon: _____ / _____

Straße/Nr.: _____ PLZ/Ort: _____ / _____

Tier/Patient

Name: _____ Tierart: _____ Rasse: _____

Farbe _____ Geschlecht: Männlich Weiblich kastriert unkastriert

Geburtsdatum: _____ Chip-Nr./ UELN: _____

Leidet Ihr Tier an einer chronischen Krankheit / Unverträglichkeit / Allergie? Ja Nein

Wenn ja, woran? _____

Bekommt Ihr Tier momentan vorübergehend oder dauerhaft Medikamente? Ja Nein

Wenn ja, welche? Wie häufig? In welcher Dosierung? Seit wann?

Wurde Ihr Tier schon einmal operiert? Ja Nein

Wenn ja, wann und weshalb? _____

Wenn ja, gab es Ihnen bekannte Komplikationen (auch im Anschluss an die Narkose)? Ja Nein

Wenn ja, welche waren das? _____

Liegt für ihr Tier eine Krankenversicherung vor? Ja Nein

Nur für Pferdebesitzer: Besuchsadresse/Stalladresse:

ggf. Ansprechpartner _____ Telefon: _____ / _____

Straße/Nr.: _____ PLZ/Ort: _____ / _____