

ANIMALS FOR HEALTH

Therapeutische Interventionen mit Tieren

Obfrau: Christine Schmied

Telefon: 0664 / 37 39 675

E-Mail: astorabi@a1.net



GESUNDHEITSZEUGNIS für Therapietiere

Angaben Halter/-in

| | |
|----------|-------------|
| Name: | Vorname: |
| Adresse: | Telefonnr.: |
| PLZ,Ort: | e-mail: |

Angaben Tier

| | |
|----------|--|
| Tierart: | Wurfdatum bzw. Alter: |
| Rasse: | Geschlecht: m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> kastriert <input type="checkbox"/> |
| Name: | Chip Nr.: |

Veterinärmedizinische Untersuchung (ist vom Tierarzt / von der Tierärztin auszufüllen)

Bisherige Erkrankungen ja nein
(wenn **ja** bitte auf der Rückseite vermerken)

Dauermedikation ja nein
(wenn **ja** bitte auf der Rückseite vermerken)

Schmerzfrei ja nein
(wenn **nein** bitte auf der Rückseite vermerken)

Einsatztauglich aus medizinischer Sicht ja nein
(wenn **nein** bitte auf der Rückseite vermerken)

Bei nachstehenden Fragen teste Sie bitte den Normalzustand des jeweiligen Körperbereichs, sollten Ihnen Abnormalitäten auffallen notieren Sie diese bitte auf der Rückseite.

ohne Befund?

- | | | |
|------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. Allgemeinverhalten | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 2. Hautoberfläche & Haarkleid | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 3. Ernährungszustand | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 4. Schleimhäute | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 5. Maul & Zähne | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 6. Augen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 7. Nase | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 8. Respirationstrakt | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 9. Ohren | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 10. Gastrointestinaltrakt | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 11. Herz & Kreislauf | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 12. Bewegungsapparat & Wirbelsäule | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 13. Beine & Pfoten | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Datum und Präparat der letzten Entwurmung: _____

Angaben Tierarzt / Tierärztin

| | |
|-----------------------------------|---|
| Name: | Telefonnr.: |
| Adresse: | e-mail: |
| Betreuen Sie das Tier regelmäßig? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

